

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"



RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja,

22 MAR. 2016

VISTO:

El expediente N° 16-003423-001/INSN-SB, sobre la aprobación del Plan Anual de Autoevaluación del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, en los incisos a) y o) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se establece que al *Director Médico le corresponde planificar, organizar, dirigir y controlar la producción de los servicios de salud, asegurando la oportuna y eficiente prestación de los mismos; y, disponer las medidas para el cumplimiento de las normas técnicas de salud aprobadas por el Ministerio de Salud;*

Que, mediante el numeral 4 del ítem: Procedimientos para el proceso de Acreditación de la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se establece que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante el literal d) del acápite II.2.1 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado por Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA del 07 de julio de 2014, se establece que es función de la Dirección General el "Proponer los documentos de gestión institucional del INSN-SB y aprobarlos en los casos que corresponda, según la normatividad vigente";

Que, mediante Resolución N° 145/2015/INSN-SB/T, se aprobó la conformación del Equipo de Acreditación y del Equipo de Evaluadores Internos del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja;

Que, mediante Nota Informativa N° 00124-2016-UGC-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita a la Dirección General la aprobación del Plan Anual de Autoevaluación del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, el mismo que



cuenta con opinión favorable de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, según consta en Nota Informativa N° 029-2016-UPP-INSN-SB;

Con el visto bueno del Director Adjunto, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica; y

De conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo 013-2006-SA, la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA; y, la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el Plan Anual de Autoevaluación del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, el cual en anexo adjunto forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad como órgano competente, la difusión, implementación, monitoreo y supervisión del Plan aprobado por la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.- Disponer la publicación de la presente resolución en el portal institucional de la entidad conforme a las normas de transparencia y acceso a la información pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tomás Gonzáles
DIRECTORA GENERAL



EZTG/JCRG/kfs
Distribución

- () DA
- () UGC
- () UPP
- () UAJ
- () Archivo
- () Comunicaciones





PERÚ Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA

***PLAN DE AUTOEVALUACION
DEL INSN- SB
2016***

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

LIMA – PERÚ





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

PLAN DE ACREDITACIÓN DEL INSN –SB 2016

1. INTRODUCCION:

La Acreditación de Establecimientos de Salud es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; está basada 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 claves de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. Su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad de optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.

En nuestro país, el proceso para la acreditación se inicia en Junio de 1993, el mismo que ha ido evolucionando a lo largo de estos años. Actualmente se viene desarrollando en las Instituciones prestadoras de servicios de salud en concordancia con el Plan Nacional Concertado de salud, Lineamiento de política cinco, de mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud.

La aplicación de la norma de acreditación es de alcance nacional y es un proceso gradual, que incluye el proceso de autoevaluación, de carácter obligatorio; y una evaluación externa de carácter voluntario, pero necesario, para adquirir la condición de acreditado con un enfoque centrado en procesos.

En la actualidad, el garantizar una atención de calidad a los usuarios se va constituyendo en uno de los pilares principales de la prestación de servicios de salud, siendo la acreditación un proceso fundamental para hacer evidente los avances en el logro de estándares y atributos de calidad.

El Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, es una institución de salud comprometida con brindar a la población pediátrica de nuestro país, una atención oportuna, eficiente y de calidad, en cumplimiento de su misión, visión y valores como establecimiento de salud público.





Por lo que la Acreditación Hospitalaria se constituye en un medio para promover la evaluación continua de procesos en la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios, es así que asumimos el reto en sus diferentes fases del proceso de implementación y validación de la acreditación.

Este compromiso se inicia con la autoevaluación, fase primera y obligatoria, que asegura que la organización tenga un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento continuo de la calidad.

La autoevaluación es una actividad importante incorporada en el Plan Operativo Anual Institucional, que estará a cargo de un equipo de evaluadores internos preparados y capacitados en base al perfil necesario según la Norma Técnica 050 –MINSA/DGSP. V2.0

Se han organizado los equipos de evaluadores internos en relación a los macro procesos, analizando los instrumentos acordes a los estándares de acreditación, fuentes auditables, criterios de evaluación, elaborándose luego los documentos necesarios para realizar el proceso de manera imparcial, autónoma, evitando conflictos de intereses, interactuando con los responsables de los Ejes, Unidades, Servicios y otros.

2. JUSTIFICACION :

El proceso de Acreditación abarca todos los niveles de complejidad en la prestación de los servicios de salud, sin importar su naturaleza jurídica, ni su pertenencia a alguno de los cuatro subsectores de nuestro sistema de salud. Aún más, si partimos en que la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, por tanto debe reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro- derechos en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios.

El Aseguramiento Universal y la creación de un Sistema Único de Salud harán que nuestras deficiencias deban ser superadas utilizando herramientas que aseguren la mejora continua de la calidad mediante el rediseño de los procesos en sus diferentes componentes.

El proceso de autoevaluación tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares descritos en la Norma Técnica la misma que debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en los plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en las diferentes áreas de la gestión de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva.





“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

3. FINALIDAD:

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestra Institución generando mediante el proceso de evaluación interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que estos se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de la atención camino a la acreditación Institucional .

4. ALCANCE:

El presente plan de aplicación y cumplimiento del personal de todas las unidades orgánicas del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

5. BASE LEGAL :

- Ley N° 26842 “Ley General de Salud”
- Decreto Legislativo N°1161- Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 27813 “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud”
- Ley N° 27867 “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”
- Ley N° 27444 “Ley General de Procedimientos Administrativos”
- R.M. N° 519-2006/MINSA DT “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”
- R.M. N°456-2007/MINSA “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo” NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- R.M. N° 589-2007/MINSA Plan Nacional Concertado de Salud.
- R.M. N° 270-2009/MINSA “Guía Técnica del evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- R.M. N° 727-2009/MINSA Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- R.M. N° 491-2012/MINSA – Anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías III – 2.
- R.D. N° 145 -2015- DG-INSN-SB/T, Conformación del Comité de Acreditación y Comité de Autoevaluación en el proceso de Acreditación en el INSNSB.





6. OBJETIVOS:

6.1 Objetivo General

Promover una cultura de calidad a nivel institucional mediante la evaluación del cumplimiento de los estándares y criterios nacionales de calidad establecidos según la normatividad vigente.

6.2 Objetivos Específicos

- Establecer una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación en el INSN-SB.
- Determinar la brecha de los criterios evaluados en los Macro procesos para plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
- Sensibilizar y motivar a todos los trabajadores al cumplimiento de los estándares para el logro de la Acreditación Institucional.

7. METODOLOGIA:

La Autoevaluación es la fase de inicio del proceso, está a cargo del equipo de evaluadores internos los cuales ya cuentan con la capacitación y aprobación respectiva.

La Unidad de Gestión de la Calidad tiene asignada la función de organización de los procesos de Acreditación, para lo cual se cumplirá con el monitoreo de los siguientes pasos:

- Aprobación del Plan de Acreditación: Se remitirá el Plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con Resolución Directoral como lo indica la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud:

La autoevaluación se realizara con la designación de un equipo de trabajo designado por el comité de acreditación, de acuerdo a determinados perfiles y a los macro procesos a ser evaluados, previa consulta individual, seguida de la autorización de la jefatura respectiva, con la finalidad de tener continuidad y satisfacción en el trabajo que le será encomendado.





“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

- Conformación de equipos y elaboración de cronogramas de reuniones:
Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine.
Cada equipo formulara su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de su macro proceso, bajo el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Revisión y/o Reformulación de Instrumentos de recolección de información si fuese necesario.
Esta actividad se realizara por cada macro proceso y su duración no deberá exceder de dos semanas.
- Preparación de materiales:
Culminada la revisión, el coordinador de cada equipo entregara a la Unidad de Gestión de Calidad sus requerimientos (instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar luego el proceso de autoevaluación.
- Sensibilización al equipo de gestión Hospitalaria:
A cargo del Comité de Acreditación, quien realizara la actividad de sensibilización previa en coordinación con la Alta Dirección.
- Planificación de las visitas de auto evaluadores a los servicios:
Esta actividad será desarrollada por cada equipo evaluador, que coordinara con las jefaturas involucradas en los macro procesos a evaluar a fin de definir fechas y horas de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente.
- Entrega de informes de cada macro proceso para el ingreso al software:
Actividades a desarrollar por cada equipo auto evaluador que será entregada en los formatos establecidos para tal fin.





“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

- Elaboración del informe final de autoevaluación:

A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y comité de acreditación.

- Socialización de los resultados :

Esta actividad será coordinada por el Comité de Acreditación y la Alta Dirección a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

- Si en el proceso de autoevaluación interna se consigue una puntuación igual o mayor a 85, se elevara el expediente y solicitara la evaluación externa a la autoridad competente
- Si el puntaje es menor a 85, se realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora, nueva autoevaluación en 6 meses





PERÚ
Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño - San Borja



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	Responsable	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD	I Trim			II Trim			III Trim			IV Trim		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Conformación de equipo de Acreditación del INSNB para su aprobación con RD	Dirección General	Resolución	ANUAL	x											
Conformación de equipos multidisciplinarios por cada Macroproceso para su aprobación con RD	Dirección General	Resolución	ANUAL	x											
Elaboración y Revisión del Plan Anual de Acreditación 2016	Unidad Gestión de la Calidad	Actas	ANUAL	x											
Presentación del Plan Anual de Acreditación a la Dirección General para su aprobación con RD	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	ANUAL	x											
Capacitación con IGSS sobre Acreditación a los Evaluadores Internos	Comité de Acreditación/ Unidad Gestión de la Calidad	Informe	ANUAL	x											
Elaboración de Listas de chequeo para la autoevaluación	Comité de Acreditación/ Evaluadores Internos	Informe	ANUAL	x											
Reunión de sensibilización y capacitación a evaluadores internos.	Comité de Acreditación/ Unidad Gestión de la Calidad	Informe	MENSUAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Plan de visitas para el levantamiento de la información	Comité de Acreditación/ Evaluadores Internos	Informe	MENSUAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implementación de las mejoras en base a la Autoevaluación realizada.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	MENSUAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Socialización de resultados	Comité de Acreditación	Informe	SEMESTRAL	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboración y entrega de informes por macroprocesos	Comité de Acreditación/ Evaluadores Internos	Informe	SEMESTRAL			x			x			x			x
Elaboración de informe final y resumen ejecutivo	Comité de Acreditación	Informe	SEMESTRAL					x	x						x
Si se obtiene puntaje menor a 85, levantamiento de observaciones, nueva autoevaluación en 6 meses	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	SEMESTRAL						x						x
Si se obtiene puntaje igual o mayor a 85 se solicitara autoevaluación externa	Dirección General	Informe	SEMESTRAL						x						x

