



UNAP



**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Y DE NEGOCIOS
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA**

**ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN
PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO, PERÍODO 2013 - 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN GESTIÓN PÚBLICA**

AUTOR : LUCY SCHERMULY CARRANZA

ASESORA : Dra. JUANA VELA VALLES.

IQUITOS – PERÚ

2019

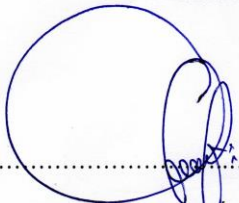
TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA 17 DE ABRIL DEL 2019, EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE POST GRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS - PERÚ.



.....

Dr. RONEL ENRIQUE GRATELLI TUESTA

Presidente



.....

Dr. VÍCTOR ARTURO JESUS CASTILLO CANANI

Miembro



.....

Mgr. JORGE LUIS ARRUE FLORES

Miembro



.....

Dra. JUANA VELA VALLES

Asesora



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
031-2019-OAA-EPG-UNAP

Con **Resolución Directoral N° 0407-2019-EPG-UNAP**, se autoriza la sustentación de la tesis: "ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PERIODO 2013 - 2017", designando como jurados a los siguientes profesionales:

Dr. Ronel Enrique Gratelli Tuesta	Presidente
Dr. Victor Arturo Jesus Castillo Canani	Miembro
Mgr. Jorge Luis Arrué Flores	Miembro
Dra. Juana Vela Valles	Asesor

A los Diecisiete días del mes de Abril del 2019, a horas 04:00 p.m., en el Auditorio de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, se constituyó el Jurado Evaluador y dictaminador, para presenciar y evaluar la sustentación de la tesis: "ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PERIODO 2013 - 2017" presentado por la señora **Lucy Schermuly Carranza**, como requisito para optar el Grado Académico de **Maestra en Gestión Pública**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

Después de haber escuchado la sustentación y luego de formuladas las preguntas, éstas fueron:

..... Respondidas Satisfactoriamente.

El Jurado, después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a las siguientes conclusiones, la sustentación es:

1. Aprobado como: a) Excelente () b) Muy bueno (x) c) Bueno ()
2. Desaprobado: ()

Observaciones :..... Ninguna
.....
.....

A Continuación, el Presidente del Jurado, da por concluida la sustentación, siendo las 17:30 p.m. del Diecisiete de Abril del 2019; con lo cual, se le declara a la sustentante Ap.to para recibir el Grado Académico de **Maestra en Gestión Pública**.


Dr. Ronel Enrique Gratelli Tuesta
Presidente


Dr. Victor Arturo Jesus Castillo Canani
Miembro


Mgr. Jorge Luis Arrué Flores
Miembro


Dra. Juana Vela Valles
Asesor

DEDICATORIA

A nuestro Dios, por acompañarme cada día de mi vida, por darme sabiduría y entendimiento para andar por el camino correcto.

A mi esposo Moisés, a mis hijas Nayeli y Mireya, por su comprensión durante las largas horas de ausencia y por su aliento constante para lograr este objetivo.

A mis padres Nelson y Carmen (+) que descansan en la paz del Señor, por ser mis Ángeles guardianes hoy y siempre.

Lucy Schermuly Carranza

AGRADECIMIENTO

Al Director General del Hospital Regional de Loreto, M.C. Percy Antonio Rojas Ferreyra, a la Directora de la Oficina de Calidad, Dra. Haydee Alvarado Cora y al Equipo Técnico, por las facilidades brindadas para la ejecución del presente trabajo de investigación.

A la Dra. Juana Vela Valles, (Asesora), por las sugerencias y aportes durante la ejecución de mi Tesis.

A los docentes miembros del Jurado Calificador, conformado por:

Dr. Ronel Enrique Gratelli Tuesta (Presidente), Dr. Víctor Arturo Jesús Castillo Canani (Miembro), Mgr. Jorge Luis Arrué Flores (Miembro); quienes con su experiencia y trayectoria, hicieron que las sugerencias alcanzadas, los haya tomado en cuenta para lograr el resultado esperado.

A los docentes de la Maestría en Gestión Pública, por sus enseñanzas que han contribuido en el desarrollo de nuestra formación académica

La Autora

RESUMEN

ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PERÍODO 2013 - 2017

Lucy Schermuly Carranza

El proceso de autoevaluación, como primera fase para lograr la acreditación, está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención en las entidades prestadoras de servicios de salud, ante ello el Hospital Regional de Loreto, viene realizando las autoevaluaciones desde el año 2010. El objetivo de la presente tesis fue determinar las diferencias de los resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013-2017, el método empleado fue el Cuantitativo y el diseño no Experimental, descriptivo, comparativo y retrospectivo, la muestra fueron los informes y resultados del proceso de autoevaluación de los cinco años anteriores (2013 - 2017), la técnica utilizada fue la revisión documentaria y el instrumento una ficha de datos elaborado en Excel para Windows. Los resultados del presente estudio fueron: el Macro proceso **Gerencial** tuvo un puntaje promedio de 57.45%, seguido del Macro proceso **Prestacional** con un promedio de 56.65% y finalmente, el Macro proceso **de Apoyo** con un promedio de 42.22%, ninguno de los períodos (2013–2017), supera el rango permitido (>85%), estos resultados muestran una calificación dentro del rango de NO APROBADO (< 50%) en los períodos 2013 y 2015, y en el rango de NO APROBADO (50-69%) en los períodos 2014, 2016 y 2017, en ningún período de evaluación, el puntaje final supera el 60%. En conclusión, el Hospital Regional de Loreto debe mejorar muchos macro procesos, ello implica mayor involucramiento de los Directivos, jefes de Oficina y/o Departamentos, así como todo el personal en su conjunto.

Palabras claves: Autoevaluación, Acreditación, Estándares, Macro procesos,

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE PROCESS OF SELF-EVALUATION FOR ACCREDITATION OF THE REGIONAL HOSPITAL OF LORETO, PERIOD 2013-2017

Lucy Schermuly Carranza

The process of self-evaluation, as first phase to achieve accreditation, is aimed to promote continuous improvement of the quality of care in the health services providers, in response of Loreto Regional Hospital, comes conducting self-evaluations since 2010. The aim of this thesis was to determine the differences in the results of the self-evaluation process for accreditation of the Hospital Regional de Loreto, period 2013-2017, the method used was the design and the quantitative not Experimental, descriptive, comparative and retrospective, the sample were reports and results of the process of self-evaluation of the previous five years (2013-2017), the technique used was the documentary review and implement a data sheet made in Excel for Windows. The results of the present study were: the Macro management process achieves an average score of 57.45%, followed by the Macro process governing with an average of 56.65% and finally, the Macro processing support with an average of 42.22%, none of the period (2013 - 2017), exceeds the allowable range ($> 85\%$), these results show a score within the range of not approved ($< 50\%$) in the 2013-2015 periods, and in the range of not approved (50-69%) in the period to 2014, 2016 and 2017, in any period of evaluation, the final score exceeds 60%. In conclusion, Loreto Regional Hospital must improve many macro processes; this implies greater involvement of managers, Office managers or departments, as well as all the staff as a whole.

Key words: self-evaluation, accreditation, standards and Macro processes.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xii
CAPÍTULO I.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.2.1 Problema General.....	4
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3.OBJETIVOS.....	5
1.3.1 Generales.....	5
1.3.2. Específicos.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2.1. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.1. Antecedentes.....	6
2.1.2. Bases Teóricas.....	15
2.1.3. Marco Conceptual.....	28
2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	31
2.2.1 Variable.....	31
2.2.2 Dimensiones.....	31
2.2.3 Indicadores e índices.....	32
2.3. HIPÓTESIS.....	33
CAPÍTULO III.....	34

3.	METODOLOGÍA	34
3.1.	Método de Investigación	34
3.2.	Diseños de Investigación.....	34
3.3.	Población y muestra	35
3.4.	Técnicas e instrumentos.....	36
3.5.	Procedimientos de recolección de datos.....	36
3.6.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	37
3.7.	Protección de los derechos humanos.....	37
	CAPÍTULO IV.....	38
4.1.	RESULTADOS	38
	CAPÍTULO V.....	69
5.1	DISCUSIÓN.....	69
	CAPÍTULO VI	72
6.1	PROPUESTA	72
	CAPÍTULO VII.....	73
7.1	CONCLUSIONES.....	73
	CAPÍTULO VIII.....	75
8.1	RECOMENDACIONES.....	75
	CAPÍTULO IX.....	77
9.1	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
	ANEXOS.....	80
	Anexo 01: Matriz de consistencia	81
	Anexo 02: Ficha de Datos	83
	ILUSTRACIONES.....	85

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 01: Resultados de la autoevaluación por macro procesos	45
Cuadro N° 02: Macro procesos con mejores resultados	46
Cuadro N° 03: Ranking por macro procesos año 2013	48
Cuadro N° 04: Ranking por macro procesos año 2014	49
Cuadro N° 05: Ranking por macro procesos año 2015	50
Cuadro N° 06: Ranking por macro procesos año 2016	51
Cuadro N° 07: Ranking por macro procesos año 2017	52
Cuadro N° 08: Resultados según rango de calificación- 2013	53
Cuadro N° 09: Resultados según rango de calificación- 2014	54
Cuadro N° 10: Resultados según rango de calificación- 2015	55
Cuadro N° 11: Resultados según rango de calificación- 2016	56
Cuadro N° 12: Resultados según rango de calificación- 2017	57
Cuadro N° 13: Macro procesos con resultados < a 35%, período 2013-2017	58
Cuadro N° 14: Resultado final de la autoevaluación, 2013-2017	60
Cuadro N° 15: Resultado final de la autoevaluación, por categoría	61
Cuadro N° 16: Análisis de la dispersión resultado 2013-2017	64
Cuadro N° 17: Ranking de la dispersión, resultado 2013-2017	65
Cuadro N° 18: Análisis comparativo diferencial, período 2016-2017	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01: Mapa de macro procesos de la autoevaluación para La acreditación de establecimientos de salud-MINSA	38
Gráfico N° 02: Macro proceso con mejores resultados	47
Gráfico N° 03: Macro proceso con resultados < a 35%	59
Gráfico N° 04: Resultados proceso autoevaluación 2013-2017	60
Gráfico N° 05: Resultados de la autoevaluación por categ.2013-2017	62
Gráfico N° 06: Resultados autoevaluación macro proceso Gestión	62
Gráfico N° 07: Resultados autoevaluación macro proceso Prestacional	63
Gráfico N° 08: Resultados autoevaluación macro proceso de Apoyo	63
Gráfico N° 09: Ranking de la desviación estándar por macro proceso Periodo 2013-2017	66
Gráfico N° 10: Dispersión de los resultados 2013-2017	66
Gráfico N° 11: Avance comparativo por macro procesos 2016-2017	68

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración N° 01: Equipo evaluador 2017	86
Ilustración N° 02: Participación en el proceso de autoevaluación	87
Ilustración N° 03: Revisión de evidencia en el Dpto. de Medicina	88
Ilustración N° 04: Revisión de evidencia Oficina de Planeamiento	89
Ilustración N° 05: Revisión de evidencia Ofic. de Recursos Humanos	89
Ilustración N° 06: Revisión de evidencia la Ofic. de Epidemiología	90
Ilustración N° 07: Registro de resultados de la autoevaluación	90
Ilustración N° 08: Presentación y análisis de resultados	91

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de los proyectos y programas de acreditación y calidad en los países de Latinoamérica y el Caribe, han estado relacionados con las reformas y cambios realizados en los diferentes sistemas de salud de cada uno de estos países, así como, con la reformulación de las políticas de salud, donde la constante ha sido la tentativa de servicios con equidad, eficiencia, accesibilidad, universalidad y sostenibilidad. (Betancourt A. y col. 2012).

La acreditación garantiza que la atención que se presta al usuario cumple los niveles más exigentes de calidad y seguridad a la vez, que conduce a la mejora continua involucrando a todo el personal en dicho objetivo.

La calidad de la atención sanitaria es un tema que genera cada vez mayor preocupación tanto en la comunidad especializada en temas de salud, como en las personas que acuden en busca de los servicios de salud; fundamentalmente, por los altos costos asociados a la baja calidad, esto se traducen en eventos adversos de gran impacto mediático cuando son de conocimiento masivo y que deterioran la calidad de vida de la población.

Además, el efecto negativo es el alto costo económico, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimado que las atenciones inseguras y por consiguiente de baja calidad pueden generar pérdidas hasta por US\$ 29.000 millones por año.

Desde 1951 en que se crea la “Joint Commission”, la acreditación de las instituciones que prestan servicios de salud, ha ido evolucionando en busca de estrategias más acertadas para mejorar la calidad y seguridad de las atenciones de salud. Durante las últimas décadas, algunos países como España (Bohigas, 2011) y Francia (Fernández, 2009) la han establecido como política de estado.(Saavedra C. 2014)

Por ejemplo, en Chile, la reforma de salud del 2005 estableció la “garantía de calidad”, como el derecho de las personas a recibir cierto grupo de prestaciones con un nivel mínimo de calidad. La ley AUGE parte de la misma reforma estableció que para que esta garantía se haga realidad, los profesionales, hospitales y clínicas que otorgaran dichas prestaciones deben estar acreditados e inscritos en la Superintendencia de Salud.

Sin embargo, de las cuatro garantías establecidas en la Ley AUGE, la garantía de calidad ha sido hasta hoy, la más compleja de implementar. Tal es así, que ha debido postergarse su exigibilidad, dado que el proceso de acreditación de hospitales y clínicas ha sido excesivamente lento. De los 355 establecimientos de atención cerrada, es decir, que prestan atención para pacientes hospitalizados sólo 45 (13%) están acreditados. (Saavedra. C. 2014).

Múltiples hipótesis podrían explicar esta situación. Primero, la acreditación requiere el trabajo coordinado de muchas personas, con distintos niveles de conocimiento y muchas veces, distintos intereses. Entusiasmar a los equipos y alinear una estrategia a toda la organización que permita cumplir con los objetivos propuestos, se convierte en un gran desafío mayor para cualquier alta dirección, sobre todo si cuenta con un gran número de personal y funcionarios.

Adicionalmente, la compleja cultura organizacional es comúnmente considerada como una de las restricciones mayores a cualquier cambio que se busque. En el caso del sector salud chileno, este presenta problemas estructurales de financiamiento (Zúñiga, 2007). A nivel local esto genera, por un lado, que el personal destine prácticamente la totalidad de su tiempo a labores clínicas, quedando relegada la revisión de procesos e implementación de prácticas de gestión, y por otro lado que existan pocos incentivos económicos para que los equipos hagan tareas adicionales.

Por último, los cargos directivos a nivel institucional y los cargos de alta gestión, a nivel ministerial, tienen una muy alta rotación. Actualmente, la permanencia promedio de un directivo elegido bajo el sistema de alta

dirección pública es de 2,6 años (Centro de Sistemas Públicos, 2014), siendo que el sistema está diseñado para que el directivo complete periodos de tres, renovables por una vez. **SAAVEDRA, Cristian (2014).**

El Ministerio de Salud (MINSA) ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud de manera directa y por medio de diversos convenios. Estos esfuerzos han sido desarrollados por los trabajadores y equipos de los servicios de salud del sector.

En este marco, el Ministerio de Salud desde 1993 viene impulsando la acreditación de establecimientos de salud como una estrategia de garantía de la calidad. Actualmente cuenta con Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el Manual y Guía para la Acreditación de Hospitales, los que han sido actualizados y que responden al nuevo contexto de descentralización en el país, recogiendo la experiencia de un importante número de hospitales que en su momento realizaron la autoevaluación y se logró la acreditación de nueve instituciones hospitalarias de las cuales tres han logrado la acreditación por tercera vez. (**Ministerio de Salud, 2007**).

El Hospital Regional de Loreto en cumplimiento de lo dispuesto por el Ministerio de Salud, viene realizando la autoevaluación desde el año 2010, con resultados de no acreditación de manera consecutiva y variabilidad por lo que requiere de un análisis de los resultados desde los estándares y macro procesos, que permitan identificar los nudos críticos específicos, así como, plantear recomendaciones pertinentes conducentes a la acreditación.

En ese contexto surge la siguiente interrogante de investigación **¿Cuál es la diferencia de los resultados del proceso de la Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017?**

El objetivo general del presente trabajo de investigación es: Determinar las diferencias de los resultados del proceso de autoevaluación para la

acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017. Para ello, se requiere identificar los estándares por macro procesos, los resultados obtenidos en las autoevaluaciones y analizar las diferencias de los resultados obtenidos en las autoevaluaciones para la acreditación en los períodos 2013 al 2017.

El aporte de la presente investigación es significativa e importante para la institución, a través de, información valiosa respecto a la identificación de las áreas críticas, pudiendo orientar recursos y fortalecer sus procesos para mejorar la calidad de desempeño de estas áreas, toda vez que el Hospital Regional de Loreto, es un centro de referencia en nuestra región y la mejora continua en la calidad de atención es fundamental debido a que se trata de una entidad que brinda servicios a personas.

La estructura de esta investigación está definida por capítulos, tal como se detalla en el índice, mostrando finalmente los resultados y la discusión que conlleva a validar la hipótesis planteada, para finalmente, plantear las conclusiones y recomendaciones.

1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 PROBLEMA GENERAL.

¿Cuál es la diferencia de los resultados del proceso de la Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son los estándares por macro procesos de la autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud?

2. ¿Cuáles son los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación período 2013 - 2017 del Hospital Regional de Loreto?
3. ¿Cuáles son las diferencias identificadas de los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación, período 2013 - 2017, del Hospital Regional de Loreto?

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 GENERAL

Determinar las diferencias de los resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017.

1.3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los estándares por macro procesos de la autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud.
- Identificar los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación periodo 2013 - 2017, del Hospital Regional de Loreto.
- Analizar las diferencias comparativamente de los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación período, 2013 - 2017, del Hospital Regional de Loreto.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes

A nivel Internacional:

El Hospital Universitario del Vinalopó (España 2017). Semanario de actualidad reporta que el Hospital Universitario del Vinalopó, gestionado por el grupo Ribera Salud, ha obtenido la acreditación por la Joint Commission International (JCI), la más prestigiosa acreditación sanitaria que garantiza al paciente el cumplimiento de altos estándares de calidad, reconocidos a nivel internacional. Este hospital se convirtió en el primer hospital público de la Comunidad Valenciana y el tercero de España en alcanzar este reconocimiento, que le incluye en la red de los mejores hospitales del mundo. Al respecto, el doctor Ramón Navarro, Gerente del centro, manifiesta: “Esta acreditación garantiza que la atención que se presta al paciente cumple los niveles más exigentes de calidad y seguridad y supone consolidarnos como un hospital altamente fiable, donde el paciente es lo primero y esto ha sido acreditado por la entidad líder mundial en evaluación: la Joint Commission International”. “Se trata del reconocimiento más gratificante en mis casi 40 años de profesión en la sanidad pública, y sin duda un verdadero hito en la historia de este hospital y de la sanidad pública valenciana”, pues en la actualidad en España existen 2 hospitales públicos y 8 privados acreditados, entre los que se encuentra la Clínica Universidad de Navarra o el Centro Médico Teknon (Barcelona), con la acreditación, la sanidad pública valenciana se incorpora a este prestigioso listado internacional de hospitales acreditados. Asimismo, tres Centros de Salud de Atención Primaria Valenciana cuentan con esta acreditación, cuyos estándares están relacionados a participación de la comunidad, atención al paciente, eficiencia en la gestión y la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SAAVEDRA VENEGAS, Cristian Eduardo (Chile 2014). Tesis titulado “*Factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud, el caso del Hospital Exequiel Gonzales Cortés*” para optar el título de Magister en Gestión y Políticas Públicas. Busca identificar cuáles son los elementos de la gestión que favorecen que un hospital público logre la acreditación de la calidad sanitaria en Chile. Tiene un énfasis práctico, ya que recoge la opinión de actores que estuvieron directamente involucrados en el proceso de acreditación del hospital Exequiel González Cortés -primer hospital público acreditado en Chile- para luego obtener conclusiones y generar recomendaciones concretas a quienes deban conducir este proceso en otros hospitales. La acreditación de la calidad sanitaria es un proceso organizacional complejo, desde que se instauró como política pública en Chile, menos del 15% de las instituciones de salud la han obtenido, configurándose al día de hoy como una más de las deudas pendientes del sistema de salud chileno. Para abordar la pregunta de investigación, en el marco conceptual describe primero, las características centrales del sistema de salud chileno, profundizando en el hospital Exequiel González, luego, presenta las principales estrategias que los organismos e instituciones de salud han desarrollado para mejorar la calidad de las intervenciones sanitarias en Chile y el mundo. Complementariamente, describe los fundamentos de los modelos de gestión de la calidad, haciendo énfasis en el rubro de la salud. El trabajo de campo consistió en entrevistar a 16 funcionarios del hospital y en revisar la documentación relevante disponible (cuentas públicas, informes de gestión, prensa, presentaciones y sitios web de organismos de salud). Los resultados lo exponen en un resumen narrativo -que comprende los eventos centrales del proceso- y en una matriz de codificación abierta, que identifica y caracteriza los factores de éxito de la acreditación. El estudio concluye, que los factores principales que influyen positivamente para que un hospital logre la acreditación son: Primero, tener una política de comunicación intensa y diversa, que alcance los distintos niveles de la organización. Segundo, que exista un alto compromiso directivo, que se materialice en acciones concretas, constatables por todos los funcionarios. Tercero, conformar un equipo de gestión del cambio empoderado, sobre todo a nivel de jefaturas intermedias; y cuarto, el compromiso profundo de los funcionarios de los equipos clínicos, quienes son para estos efectos, los funcionarios de

primera línea. Finalmente, algunas de las recomendaciones principales que el estudio entrega a futuros implementadores de procesos de este tipo son: colocar el tema en primer lugar de la agenda, identificar y potenciar las fortalezas de los equipos, formar un equipo de cambio diverso, gestionar hábilmente las oportunidades, transmitir optimismo (y dar apoyo emocional al equipo) durante todas las etapas, y nunca dejar de controlar cercanamente el proceso.

BETANCOUR VELÁSQUEZ, Andrea. TUNJO LÓPEZ, Martha. (Colombia 2012). Tesis de especialización en Administración en Salud Pública titulado “*Desarrollo de Procesos de Acreditación en países de Latinoamérica y el Caribe*”, manifiestan que, el desarrollo de los proyectos y programas de acreditación y calidad en los países de Latinoamérica y el Caribe, han estado relacionados con las reformas y cambios realizados en los diferentes sistemas de salud de cada uno de estos países, así como con la reformulación de las políticas de salud, donde la constante ha sido la tentativa de servicios con equidad, eficiencia, accesibilidad, universalidad y sostenibilidad. El objetivo de este estudio fue presentar un perfil y estado de la implementación y desarrollo de los proyectos o programas de calidad y acreditación en salud en los países de Latinoamérica y el Caribe. Para lo cual realizó la selección de algunos países de Latinoamérica con procesos de acreditación y de calidad representativos, revisando su sistema de salud y como éste se ha articulado con las actividades tendientes a fortalecer la calidad en la prestación de sus servicios, analizando también las principales tendencias de las instituciones encargadas de la garantía de la calidad en cada país. Esta investigación concluye, que los estados deben tener el compromiso de desarrollo de políticas articuladas con los procesos de acreditación en salud y deben ejecutarse a partir de las realidades y necesidades de la población, facilitando la participación de la misma en cada país, además, de involucrar a diversos actores, incluyendo a la comunidad y a los trabajadores empoderándolos de la importancia de mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

CUBA V, SEDEÑO C, PÉREZ L, SÁNCHEZ A, TOLEDO E, PÉREZ M. (CUBA 2011). Artículo, titulado: *“Diseño y evaluación de sistema de acreditación para los servicios farmacéuticos hospitalarios en Cuba”* manifiesta: La misión de las farmacias hospitalarias es asegurar la farmacoterapia óptima del paciente. Para cumplir esto, se requiere la aplicación de un programa de garantía de calidad para la mejora continua y es preciso disponer de un Manual de Acreditación y de indicadores de calidad para la aplicación de estos programas. Proponen establecer la estrategia a seguir para implementar un Programa de Acreditación para los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios en Cuba, mediante la elaboración y evaluación de un Manual de Acreditación y una Guía de Indicadores de Calidad acordes con el contexto nacional. Para ello, en la primera etapa, se propusieron analizar programas de calidad de instituciones internacionales de diferentes países como España, Argentina y Brasil. La segunda etapa, elaborar una propuesta de Manual para la acreditación de hospitales según la realidad cubana, y se eligieron para los indicadores de calidad los procesos como eje rector en la evaluación de la calidad. Evaluaron ambas investigaciones por paneles de expertos según el método Delphi, comprobaron la aplicabilidad y la factibilidad de estos resultados en un hospital de atención secundaria de la capital de Cuba. La revisión y evaluación del Manual de Acreditación estuvo a cargo de 25 expertos cubanos, que seleccionaron los indicadores que se ajustan a las funciones que se realizan dentro de las farmacias hospitalarias cubanas. Para la elaboración de los indicadores de calidad fue necesario un proceso de modificación que contempló las particularidades del servicio al cual se destinan. Identificaron 11 procesos y 58 indicadores de calidad aplicables al contexto nacional. En el Servicio Farmacéutico del hospital seleccionado para la experiencia piloto, evaluaron 9 procesos para medir 28 indicadores. De los cuales, el alcance a nivel óptimo de desempeño fue en 13 indicadores; en aceptables y mejorables 6 y 5 indicadores respectivamente, mientras que se evaluaron como inaceptables 4 indicadores del total analizados. Los resultados de esta experiencia demostraron la aplicabilidad y factibilidad del Manual de Acreditación y de la Guía de Indicadores de Calidad de los

Servicios Farmacéuticos Hospitalarios elaborados en este estudio, ya que su instrumentación se realizó con la información y los controles habituales que están regulados por la Dirección Nacional de Farmacia, como órgano rector de esta actividad en el país.

CID P, SANHUEZA O. (Chile 2006). Artículo, sobre Acreditación de Campos Clínicos de Enfermería, sostienen que, desde sus primeros años a inicios del siglo XX, la enseñanza práctica de Enfermería se ha desarrollado en los establecimientos de salud. Actualmente las instituciones de salud y educación en Chile están siendo evaluadas, para lo cual están poniendo énfasis en la acreditación de los sectores educación y salud a fin de verificar si dan como resultado un producto de calidad. Por lo que, sostienen que los campos clínicos como pilar básico en la formación de un estudiante de enfermería hace posible la integración teórico-práctica, se adquieren habilidades de interacción humana con las personas con necesidad de cuidado, entre otras variables asociadas a su competencia práctica y, que para poder formar un profesional de enfermería con las características necesarias que permita brindar un servicio óptimo en el cuidado de las personas de todas las edades, es necesario acreditar la carrera profesional de enfermería para lo cual consideran cuatro áreas de formación: Asistencial, investigación, educación y gestión y liderazgo, de esta manera la acreditación en el campo clínico estaría cumpliendo con los estándares y criterios mínimos para la enseñanza y formación de enfermeros.

De Moraes H. (México 1993). “Sobre *programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe*”, refiere que casi todos los aproximadamente 14 mil hospitales de la Región (Latinoamérica y el Caribe) enfrentan enormes retos para cumplir las proposiciones básicas de garantía de calidad, ya que algunas de las necesidades primarias no se han cumplido aún. Si no se implementan urgentemente en Latinoamérica métodos de control de calidad en los hospitales y en la educación médica, incluyendo a la educación continua,

en un futuro cercano nos enfrentaremos a la misma situación que ha comprometido a la calidad de la atención médica en los EUA. Esto podría convertir la situación en Latinoamérica en una realidad controversial, vulnerable a las demandas legales por mal ejercicio de la profesión o por negligencia del hospital. Concluye, que para establecer un programa de garantía de la calidad, el hospital debe ser sometido a un análisis administrativo permanente, manteniendo un equilibrio constante entre las metas a corto y largo plazo. Los factores necesarios para el desarrollo efectivo de programas de garantía de calidad son los siguientes: a) habilidades técnicas profesionales; b) uso eficiente de los recursos; c) reducir a un mínimo los daños producidos o derivados de la atención; d) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas, y accesibilidad a los servicios de salud, y e) un sistema local de salud, donde se correlacionen e integren los servicios intra y extra hospitalarios. Refiere además, que el éxito es posible solamente con la participación activa de los directores de hospitales, que las necesidades de cada servicio sean compartidas por todos los demás.

HENAO HERRERA, Ana Cristina. (2013). Tesis maestría en Economía y Administración de Organización en Salud. Universidad Nacional de la Plata Argentina, titulado “*Beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en Salud*”. Esta investigación es un análisis sobre la realidad de los sistemas de salud en diversos países, cuya situación está obligando a las instituciones prestadoras de servicios de salud a estar a la vanguardia en el mejoramiento continuo de sus servicios, por lo que deben implementar la acreditación. Este estudio fue realizado en Colombia, en donde 29 instituciones prestadoras de salud están acreditadas, 20 privadas y 9 públicas, enfocando la investigación en el Departamento de Antioquía, donde existen 6 de estas instituciones. Busca identificar y analizar los beneficios del proceso de acreditación de la calidad comparándolas entre las acreditadas y no acreditadas. Concluye, que la acreditación en estas instituciones ha servido para tener una cultura de mejoramiento continuo, lo cual es reconocido por

los usuarios; el proceso de autoevaluación incrementa el conocimiento de estándares y su aplicación a la realidad de las instituciones y promueve el trabajo en equipo. Demostró, que en todos los procesos evaluados en aquellas instituciones acreditadas es notoria la mejoría en la calidad de la atención, en comparación con aquellas instituciones no acreditadas.

A nivel Nacional:

Clínica Internacional (Perú 2017). La Clínica Internacional anunció ser la primera en Latinoamérica y la única en el Perú en obtener la **acreditación** en la sexta edición de Joint Commission International (JCI) para sus hospitales de Lima, San Borja y, adicionalmente, su Torre Ambulatoria de San Borja.

“Estamos muy contentos de este gran logro, no sólo por lo que implica en términos de calidad y seguridad para nuestros pacientes, sino también, de haber sido los primeros en Latinoamérica de lograr la acreditación en la Sexta Edición, que exige estándares mucho mayores. Gracias a ello, nos ubicamos al mismo nivel que prestigiosas instituciones norteamericanas como la Clínica Mayo (Rochester), Mount Sinai Hospital (Nueva York) y el MD Anderson (Houston)”, afirmó Alvaro Chavez Tori, Gerente General de Clínica Internacional.

El Sello Dorado de la JCI se otorga como evidencia de que el centro de salud acreditado ofrece un cuidado clínico a sus pacientes comparable al de los mejores hospitales del mundo. Los estándares exigidos por JCI van evolucionando para incorporar los más recientes avances de la medicina a nivel global y ponerlos a disposición de los pacientes.

El proceso de acreditación desarrollado por la Joint Commission International (JCI) es extremadamente riguroso y tiene como base la Excelencia Clínica y la minimización de riesgos para los pacientes en aspectos como la verificación de la idoneidad del personal médico, de enfermería y de todo profesional que conforma la institución de salud, en la reducción de complicaciones quirúrgicas y anestésicas, en la implementación de controles para garantizar la prescripción y administración segura de fármacos, las

acciones realizadas por la clínica para la reducción de infecciones intra hospitalarias así como en la maximización de la precisión diagnóstica y la efectividad de los tratamientos dados a los pacientes. Todo esto concatenado a un grupo Directivo que garantice que el Gobierno, Liderazgo y Dirección del Hospital, está plenamente alineado con el cumplimiento de cada uno de los 1,200 indicadores evaluados.

Para la Clínica Internacional, esta acreditación ratifica 5 aspectos fundamentales de la gestión de las instituciones en salud. Estos son:

- Centrada en el paciente: La clínica tiene al paciente como eje central y desarrolla un enfoque de atención interdisciplinaria basada en sus necesidades. Evalúa la calidad de la atención del paciente a lo largo del proceso integral, desde su llegada a la organización hasta el momento del alta.
- Fomenta la cultura de seguridad del paciente: Los estándares destacan especialmente los contenidos centrados en la seguridad del paciente y la reducción de riesgos en los procesos clínicos y asistenciales que tiene la clínica.
- Evalúa todos los aspectos de la gestión: La Clínica orienta todas las fases de la gestión hacia la eficiencia y las mejores prácticas, desde la claridad de las responsabilidades de los líderes hasta los procesos críticos de la gestión de la organización y de la planificación estratégica.
- Supone un importante instrumento de mejora para la organización: El proceso de acreditación y reacreditación constituye un excelente horizonte para el desarrollo de la institución. Representa un proyecto común de mejora para directivos y profesionales que es catalizador de cambios internos que se viven en la Clínica.
- Ofrece un reconocimiento y prestigio internacional de la atención que dispensa el centro: La acreditación de la Joint Commission International demuestra públicamente que la Clínica cumple los requisitos de calidad de la institución de mayor competencia técnica del sector.

“Esta reacreditación con la Joint Commission International representa nuestra permanente búsqueda de la excelencia en cada atención que brindamos a

nuestros pacientes, ofreciendo un equipo profesional de primer nivel que brinda diagnósticos más precisos, tratamientos más efectivos, y con activa gestión en la minimización de los riesgos inherentes a los hospitales, buscando los más altos estándares existentes en el mundo”, resaltó Jorge Salvatierra, Vicepresidente Médico de la institución.

Hospital San Juan de Lurigancho. (Perú 2013). En su informe de autoevaluación año 2013, describe el procedimiento realizado como institución que brinda servicios de calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su autonomía, reconociendo la importancia de ser parte del proceso que los llevará a la Acreditación, cumpliendo con la primera fase que es la Autoevaluación.

Su objetivo de autoevaluación, es mejorar continuamente la calidad de servicios de salud que brindan, para ello abordaron los macro procesos: Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo, en cumplimiento a la normativa del MINSA y en su Plan de Autoevaluación 2013, en el cual se encuentra a detalle las acciones que se han llevado a cabo en el Hospital San Juan de Lurigancho categorizado al nivel II-2. En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica, las sugerencias recibidas de las instancias técnicas de la DISA IV LE y el MINSA, trabajó con el Equipo de Autoevaluación para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento, y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad, el resultado o producto final fue evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, mejorando el del año 2012 que alcanzó el puntaje de 43%, su objetivo es mejorar su eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en Consulta Externa, Emergencias y Hospitalización, así como de mejorar la calidad de sus servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortaleciendo sus capacidades, en forma continua.

La autoevaluación realizada alcanzó un puntaje general de 51%; Macro proceso Gerencial: 54%, Prestacional: 54% y de Apoyo 43%. Concluye, que se requiere responsabilidad al interior de la institución, fundamentalmente del compromiso de directivos y jefes; además, de que el proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente para lograr los objetivos institucionales.

Paredes E. (Perú 2007). En su estudio sobre “Análisis del Proceso de Acreditación del Residentado Médico en el Perú, 2003-2005”, plantea como objetivo general, realizar un análisis crítico del proceso de acreditación y plantear un nuevo modelo. Durante el desarrollo del estudio, presenta la evolución histórica del Residentado Médico en el país, analiza el proceso de su acreditación el cual ha resultado ser lento y engorroso con muchos defectos y se propone una serie de procedimientos para optimizar los resultados.

2.1.2. Bases Teóricas.

Calidad en Salud

El concepto de calidad, se ha desarrollado a la par con la evolución constante del ser humano quien se ha interesado por hacer las cosas de la mejor manera posible. Por ejemplo, el código de Hammurabi impuesto por el Rey de Babilonia en la antigua Mesopotamia, dentro de las responsabilidades profesionales hacía referencia a la calidad de construcción de las casas cuando dice “si un albañil ha construido una casa que se desplome sobre sus ocupantes y les haya causado la muerte, el albañil deberá ser condenado a la pena de muerte”.

Los fenicios como castigo amputaban una mano al responsable de algún producto que no cumpliera con las especificaciones dadas. Durante la edad media, los artesanos se asociaron en gremios, aquí, las normas se tornaron más explícitas, para garantizar la conformidad de los bienes que se entregaban al cliente.

En Estados Unidos, la compañía Ford empleó de forma sistemática el concepto de ensamblaje en movimiento en la fabricación de automóviles; esto consistía en la división de los procedimientos complejos de producción en sencillas operaciones susceptibles de ser realizadas por obreros no especializados. Durante la Segunda Guerra Mundial, se dio vital importancia al concepto de calidad en la producción, pues esta actuaría como una estrategia para superar los estragos de la guerra. (Nava V. 2005).

Ese mismo año, en Japón fundaron la Unión Japonesa de científicos e ingenieros (JUSE por sus siglas en inglés); estas instituciones trabajaron temas sobre el control de la calidad; una evidencia de su trabajo es la creación de los Círculos de Calidad, instrumento que utiliza la Dirección cuando su filosofía es participativa y cree en el concepto de calidad total, es decir, en la idea de que la calidad se mejora ininterrumpidamente en el lugar de trabajo. (Guajardo E. 2003).

En 1945, Feigenbaum publicó el artículo “La calidad como gestión” en el que describe el resultado de la aplicación de la Gestión de la calidad total (TQM por sus siglas en inglés) en la empresa General Electric; decía que: “el control de la calidad existe en todas las etapas del negocio, desde el diseño hasta las ventas”. Hasta ese momento, todos los esfuerzos se habían enfocado a corregir actividades, no a prevenirlas. En la actualidad es preciso reconocer que no existe una sola definición para la calidad.

DEMING, centró su esfuerzo en aumentar la eficiencia de la industria estadounidense, a través de la racionalización de los procesos de producción y de reducir al mínimo el error humano; esto sentó la base de la calidad actual pues implicó la creación de importantes conceptos de mejora, basado en que debe haber un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo, adecuado a las necesidades del mercado, con el compromiso de los trabajadores y los gerentes para mejorar el trabajo. (Luce, J.M. y col. 1994).

Los trabajos de Crosby, también define como "calidad al cumplimiento o conformidad con las especificaciones dadas", "hacer las cosas bien, significa calidad"; o **Trifus** la define como "es dar al cliente aquello que espera" y para **Taguchi**, "pérdidas mínimas para la sociedad al menor costo posible en la vida del producto". (García, R. 2001).

Guajardo, E. (2003), en su libro "Administración de la Calidad Total", menciona que **Joseph Juran** basa su enfoque sobre la administración para la calidad en lo que se llama la Trilogía de Juran: planear, controlar y mejorar la calidad. Esto evidencia que el concepto de calidad ha evolucionado desde el ámbito industrial hasta llegar al de prestación de servicios, incluyendo los de salud; desde los años 70's los profesionales médicos han introducido estos modelos a la gestión sanitaria.

Avedis Donabedian, considerado el padre de la Calidad de la atención en Salud, quien afirma que el concepto debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo. Para **Donabedian**, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Define la calidad como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención. La calidad implica, según su definición, los resultados de la atención, medida en términos de la mejoría esperada en la salud que es atribuible a la atención misma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 1984, declaró que: "Todos los Estados miembros deberán crear mecanismos que garanticen la calidad de la atención que prestan a la población". Define: "la **calidad** de la

asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y familia”. A su vez, define tres componentes de la calidad asistencial: Adecuación de las prestaciones a las necesidades de la población; Rentabilidad: relación cantidad/QALY (años de vida saludable); y aplicación en la asistencia de las técnicas y conocimientos sanitarios.

A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de **Calidad** de la **Atención** en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad.

Acreditación en Salud

A principios del siglo XX, Ernest A. Codman publicaba su Teoría de Resultados Finales, la cual consistía en hallar posibles errores y sus causas, para evitar la repetición de eventos similares en un futuro.

En 1913, Codman fundó junto a otros colegas, el Colegio Americano de Cirujanos (ACS, por sus siglas en inglés) bajo el lema “alentar a quienes están haciéndolo mejor y estimular la mejora de quienes aún no alcanzan esos niveles”. Propusieron que en el Programa de Estandarización Hospitalaria exista un conjunto de estándares mínimos con las cuales los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Con este programa se inicia el sistema de acreditación que en la actualidad conocemos. (Otero, R. 2013).

En 1951, el Colegio Americano de Cirujanos, decidió crear una comisión independiente para la acreditación: esta institución es la que se conoce como Comisión conjunta de acreditación para organizaciones prestadoras de servicios de salud (Joint Commission for Accreditation of Hospitals), la cual también fue patrocinada por el Colegio Americano de Clínicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense; esta última

creó su propio Consejo Canadiense para la Acreditación de Hospitales en 1959.

La Joint Commission, hoy en día es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro, ha acreditado a miles de organizaciones prestadoras de servicios de salud a nivel global como hospitales, IPS ambulatorias o a domicilio, asilos, laboratorios, entre otros. La misión de Joint Commission consiste en mejorar de manera continua, la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional brindando servicios de asesoría educación, además de acreditación y certificación a nivel internacional.

Lo logra aplicando la evaluación de estándares Internacionales definidos por la Comisión, los cuales abarcan aspectos como:

- Organización del cuerpo médico
- Convocación regular en la revisión del cuerpo médico
- Prohibición de compartir honorarios
- Cumplimiento y disponibilidad de expedientes clínicos
- Disponibilidad de los departamentos clínicos de laboratorio y radiología del hospital

Para finales del siglo XX, el proceso de acreditación se torna en un movimiento global liderado por la Sociedad Internacional para la calidad en salud (ISQua, por sus siglas en inglés). Este proceso denominado “Programa Internacional de Acreditación” se realiza a través de un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación y unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados: Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud.

La Joint Commission International y ISQua trabajan en conjunto; pues la ISQua es la única institución que “acredita a los acreditadores” a través de su programa internacional de acreditación (IAP, por sus siglas en inglés) y le da reconocimiento a nivel mundial a las organizaciones acreditadas que alcanzan

los estándares internacionales aprobados. La Joint Commission International completó en 2011 un proceso de reevaluación con el cual obtuvieron la re acreditación de la “ISQua” por otros 4 años.

En la actualidad, la acreditación es una metodología muy difundida para evaluar la calidad en salud y una herramienta de gestión de procesos; está definida como un proceso voluntario de evaluación externa realizada generalmente por un ente no gubernamental, que califica y evalúa una organización para determinar el cumplimiento de los estándares dirigidos a mejorar la calidad de la atención en salud, basándose en las buenas prácticas de atención, seguridad del paciente, humanización del servicio y responsabilidad social empresarial.

No obstante, también se espera, de acuerdo con el principio de eficiencia expresado en la norma, que las instituciones acreditadas “procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles”, lo cual debe reflejarse en mejores resultados en términos administrativos y de atención. (**The Joint Commission, 2013**).

Proceso de Acreditación

Acreditación

El proceso de acreditación se inicia en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales. Esta Comisión elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales que fueron aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.

Esta iniciativa se caracterizó por ser de origen gubernamental, por tener un alcance hospitalario, por ser un proceso basado en los sistemas de evaluación de conformidades, que incluía un certificador externo que funcionó bajo una lógica de mercado, y por el carácter de estándares centrados en la estructura.

El proceso tuvo un bajo nivel de operatividad, expresado en la baja cobertura de establecimientos hospitalarios acreditados.

El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos recursos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban.

Sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollara en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo. De esta manera actualizar la norma, implicó en un primer momento una revisión de la experiencia nacional e internacional, entrevistas a actores claves y reuniones técnicas con expertos en el tema. La experiencia mostró que la acreditación en salud ha acompañado la mayor parte de los procesos de reforma de los sistemas de salud, como mecanismo de garantía de la calidad de los servicios de salud que se debe brindar a los usuarios.

El producto final, define una norma de alcance universal, pues abarca establecimientos de salud de todos los niveles, de aplicación nacional en un proceso único a nivel país y gradual en la medida que exigirá niveles mayores de calidad. Este modelo incluye la autoevaluación de carácter obligatorio y una evaluación externa de carácter voluntario, pero necesario para adquirir la condición de acreditado; ambas fases centradas en un enfoque de procesos.

Esta norma técnica finalmente, tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud. De esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud. **(Norma Técnica N° 050-Ministerio de Salud).**

Definición

Según lo establece la Norma Técnica N° 50-MINSA/DGSP-V02 (2007), define al proceso de acreditación, como el 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. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

Finalidad

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 definidos.

Objetivos

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
3. Dotar a los usuarios externos de información relevante para la selección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, por sus atributos de calidad.

Principios

El proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se orientará por los siguientes principios:

Universalidad: La acreditación es un proceso en el cual el total de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

Unidad: La acreditación es un proceso único en el país definido por el nivel nacional y se maneja por los distintos niveles de Autoridad Sanitaria según competencias y funciones. Cada Dirección Regional de Salud o Dirección de Salud participa a solicitud del Ministerio de Salud, en la formulación de estándares específicos.

Gradualidad: El modelo para la acreditación debe someterse a ajustes periódicos que expresen una adecuada interrelación entre los diversos agentes del sistema de salud y orientarse hacia niveles de mayor exigencia que mejoren la imparcialidad y autonomía del proceso.

Confidencialidad: La información del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo a la que tiene acceso el equipo evaluador es de absoluta reserva y será de dominio público la decisión final de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.

Fases de la acreditación

1. Autoevaluación. Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I – 1 hasta el III – 2 y servicios médicos de apoyo y realizan una evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.

Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

2. Evaluación externa. Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados.

La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

Resultados de la evaluación

1. Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:
 - a. Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
 - b. No acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.

Instrumentos de la acreditación

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para servicios médicos de apoyo.
3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macro procesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación

universal cualquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.

5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.
6. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

En el listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud del nivel III-1, establecido por el Ministerio de Salud, define a los **Macro procesos**, como un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa a varios procesos.

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. Existen tres tipos de Macro proceso y cada uno de ellos agrupa un conjunto de estándares, así tenemos:

1. Gerenciales

- a) **Direccionamiento.** Consiste en evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.
- b) **Gestión de Recursos Humanos.** Consiste en evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

- c) Gestión de Calidad. Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.
- d) Manejo del Riesgo de la Atención. Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personales) adquieran nuevas afecciones.
- e) Gestión de Seguridad ante Desastres. Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna.
- f) Control de la Gestión y Prestación. Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias.

2. Prestacionales

- a) Atención Ambulatoria. Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia.
- b) Atención de Hospitalización. Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.
- c) Atención de Emergencia. Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención.

- d) Atención Quirúrgica. Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes.
- e) Docencia e Investigación. Evaluar si la institución desarrolla actividades de docencia e investigación de acuerdo con normas y procedimientos establecidos por los organismos reguladores e institucionales, buscando mejorar la competencia de los recursos humanos.

3. De Apoyo

- a) Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento. Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad.
- b) Admisión y Alta. Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar
- c) Referencia y Contra referencia. Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada.
- d) Gestión de Medicamentos. Evaluar si la organización suministra a los servicios de hospitalización, ambulatorios y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.
- e) Gestión de la Información. Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

- f) Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización. Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar riesgos de contaminación e infecciones intra hospitalarias, aplicando medidas de seguridad en forma oportuna y eficaz.
- g) Manejo del Riesgo Social. Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.
- h) Nutrición y Dietética. Evaluar si la entidad garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, indicaciones clínicas y requerimiento de los pacientes.
- i) Gestión de Insumos y Materiales. Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.
- j) Gestión de Equipos e Infraestructura. Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservados y operativos. **(Ministerio de Salud -2007. Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de salud del nivel III-1).**

2.1.3. Marco Conceptual

- **AUTOEVALUACIÓN.** Procedimiento que permite identificar que tan efectivo trabaja la entidad, comparando el quehacer diario contra el desempeño ideal planteado por los estándares.
Fase inicial obligatoria para el proceso de acreditación, para determinar el nivel de cumplimiento e identificar las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. **(Norma técnica MINSA).**

- **ACREDITACIÓN.** Proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención.
- **CALIDAD.** Término subjetivo, de que un bien o servicio adquirido cumpla con las expectativas y satisfacción del cliente.
- **CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.** Satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad en su conjunto.
- **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.
- **MACROPROCESO.** Conjunto de acciones encadenadas que la institución debe realizar a fin de cumplir sus objetivos.
Proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa a varios procesos.
- **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 así como las tareas de la gestión de los servicios.

- **ESTÁNDAR DE PROCESO.** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial así como también las labores de gestión.
- **ESTÁNDAR DE RESULTADO.** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
- **CRITERIOS DE EVALUACIÓN.** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- **GUÍA DEL EVALUADOR.** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación, con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar.
- **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.
- **LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve de instrumento para las evaluaciones.

2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.2.1. VARIABLE

- **Autoevaluaciones para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017.**

Es el análisis comparativo de los resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 al 2017, que permitan identificar sus diferencias.

Se medirá a través de los resultados de procesos de autoevaluación.

2.2.2. DIMENSIONES

Las dimensiones para el estudio de la variable agrupan varios macro procesos clasificados por categorías:

- Macro procesos Gerenciales
- Macro procesos prestaciones, y
- Macro procesos de apoyo, correspondiente a los periodos: 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

2.2.3. INDICADORES E ÍNDICES

VARIABLE	DIMENSIONES	ÍNDICADORES	ÍNDICES
<p>AUTOEVALUACIONES PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PERÍODO 2013 - 2017.</p>	<p>Macro procesos Gerenciales, periodos: 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017</p>	<p>Direccionamiento. Gestión de Recursos Humanos. Gestión de Calidad. Manejo del Riesgo de la Atención. Gestión de Seguridad ante Desastres. Control de la Gestión y Prestación.</p>	<p>Diferencias de los resultados de las autoevaluaciones, en función de:</p> <p>NO APROBADO: Reiniciar desde autoevaluación (<50%).</p>
	<p>Macro procesos Prestacionales, periodos: 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017</p>	<p>Atención Ambulatoria. Atención de Hospitalización. Atención de Emergencia. Atención Quirúrgica.</p>	<p>NO APROBADO: Subsanan en 9 meses, autoevaluación (50% a 69%).</p>
	<p>Macro procesos de Apoyo, periodos: 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017</p>	<p>Docencia e Investigación. Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento. Admisión y Alta. Referencia y Contra referencia. Gestión de Medicamentos. Gestión de la Información. Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización. Manejo del Riesgo Social. Nutrición y Dietética. Gestión de Insumos y Materiales. Gestión de Equipos e Infraestructura.</p>	<p>NO APROBADO: Subsanan en 6 meses, autoevaluación (70% a 84%).</p> <p>APROBADO: (85% o más).</p>

2.3. HIPÓTESIS

Existen diferencias entre los resultados de los procesos de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de Investigación.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, porque se inició buscando información dentro de la institución Hospital Regional de Loreto, a partir de los resultados obtenidos en sus procesos de autoevaluación para la acreditación, los cuales están normados por el Ministerio de Salud, se utilizó procedimientos estructurales e instrumentos formales para recabar la información numérica requerida mediante procedimientos estadísticos.

3.2. Diseños de investigación.

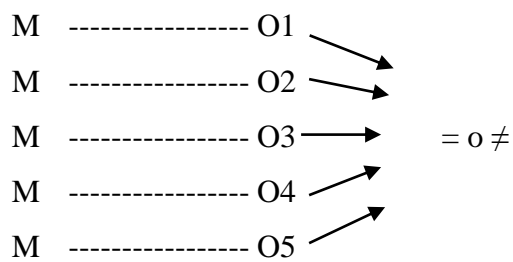
Investigación no experimental, caracterizada por no manipular deliberadamente las variables de estudio. Sólo se sustrae la información en su estado natural, para luego analizarlos.

Descriptivo. Porque permite observar, describir y documentar el comportamiento de la variable en estudio.

Comparativo. Porque busca comparar los resultados y emitir conclusiones de los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, correspondiente a los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Retrospectivo. Porque la información que se utilizó corresponde a los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, es decir de hechos ocurridos con anterioridad a los procesos de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto.

El cual tiene el siguiente diagrama:



DONDE:

M : Corresponde a la muestra seleccionada, para este caso son los Informes de autoevaluación del 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

O : Representa la información que guarda relación con el estudio. Observaciones obtenidas de los resultados de los procesos de autoevaluación correspondiente a los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

= o ≠ : Indica las similitudes y/o diferencias identificadas de los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación del Hospital Regional de Loreto 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

3.3. Población y muestra

La presente investigación científica no contó con sujetos que conformen la población.

Como muestra, se contó con los informes y resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, realizado los cinco años anteriores (2013 - 2017) por el equipo de evaluadores internos acreditados por el Hospital Regional.

3.4. Técnicas e instrumentos

La técnica que se empleó en la presente investigación, fue: la revisión documentaria el cual permitió obtener información respecto a los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación del Hospital Regional de Loreto del año 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

El instrumento utilizado fue:

Una Ficha de datos elaborado en Excel para Windows, el cual permitió registrar los puntajes y/o porcentajes logrados por macro procesos y estándares de las autoevaluaciones para la acreditación del año 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.

Esta ficha fue elaborada por la investigadora, incluye todos los macro procesos evaluados, la misma que facilitó el análisis de la información.

3.5. Procedimiento de recolección de datos.

Procedimiento:

Análisis documental

El procedimiento de recolección de datos fue realizado mediante el análisis y revisión de documentos que contienen información sobre los resultados de las autoevaluaciones, registrados previamente por el equipo evaluador en los últimos cinco años.

Se realizó siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Se solicitó autorización para la realización de la investigación a la Dirección General del Hospital Regional de Loreto.
2. Se revisó los informes de las autoevaluación
3. A partir de allí, se elaboró el instrumento de recolección de datos.
4. Se identificó los estándares y criterios empleados en el proceso de autoevaluación, según la norma técnica del Ministerio de Salud.
5. Se procedió a la recolección de datos, basados en los informes presentados por el equipo evaluador de los años 2013 al 2017.

6. Se aplicó la ficha de datos.
7. Una vez terminada la recolección de datos, se procedió a la elaboración de la base de datos para el análisis estadístico respectivo.
8. Se elaboró el informe final, con los resultados y conclusiones.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se construyó una base datos con ayuda de la hoja de cálculo Excel a partir de la información recolectada; luego se procedió al análisis de los datos, haciendo uso de la estadística descriptiva (cuadros de frecuencias y porcentajes). Asimismo, se estableció los resultados cuantitativos, con ayuda de estadígrafos, el cual permitió obtener datos de tendencia central y de dispersión.

3.7. Protección de los derechos humanos

En la presente investigación se respetó los derechos de la institución. La información recolectada y procesada fue usada sólo para fines de la investigación.

Se respetó la autonomía de la institución en relación al objeto del estudio, en cuanto a derivar el anteproyecto al comité de ética para la evaluación y participación en la misma.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados de la investigación se presentan a través del análisis de los documentos utilizados en el proceso de autoevaluación, así como, de los resultados obtenidos en dichas autoevaluaciones, que es la primera fase para el proceso de acreditación del Hospital Regional de Loreto, durante el período 2013-2017.

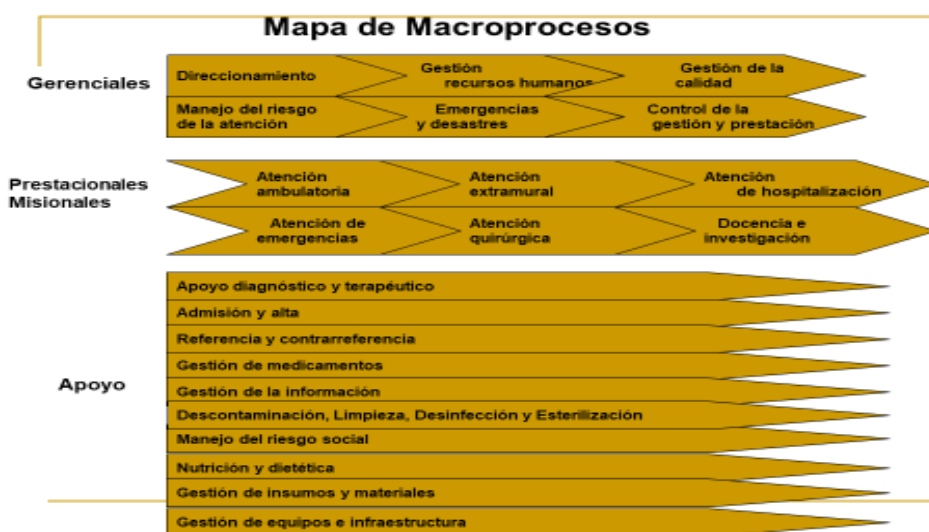
4.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

El proceso de autoevaluación se realiza cada año, por un equipo evaluador interno, conformado por personal profesional asistencial y administrativo del Hospital Regional de Loreto, en cumplimiento a la Norma Técnica N° 50-MINSA/DGSP-V02-MINSA.

El proceso de autoevaluación incluye un conjunto de Macro procesos, estándares y criterios. Respecto a los Macro procesos, estas se clasifican en Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo, tal como se muestra en el gráfico.

Gráfico N° 01

Mapa de Macro procesos de la Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud – MINSA Perú



En cumplimiento del objetivo específico del presente estudio, se identificaron los estándares por cada macro proceso que forman parte de las evaluaciones, los cuales consta de 21 macro procesos, estos a su vez, involucra un total de 70 estándares y 342 criterios; cada estándar contiene criterios evaluados de: Estructura (134), Procedimientos (167) y Resultados (41).

Además, se pudo evidenciar que los criterios de evaluación están definidos en puntajes de una escala de 0 a 2, lo que permite al equipo evaluador obtener los puntajes generales por macro procesos, por categoría y finalmente el puntaje general, el cual determina si el establecimiento de salud ha obtenido el puntaje deseado para la acreditación.

A continuación se muestra el listado de los estándares de Acreditación para establecimientos de Salud, Nivel III-1, que es el nivel que corresponde al Hospital Regional de Loreto.

LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, NIVEL III -1

N°	MACROPROCESO	ESTÁNDAR
GERENCIALES		
1	Direccionamiento	1) El establecimiento, define y comunica su plan estratégico operativo, y estos están orientados a resolver los problemas relaciones con la salud de la población. 2) Las actividades del plan son asignados formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención a los usuarios externos.
2	Gestión de Recursos Humanos	1) El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. 2) El equipo de los establecimientos de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional. 3) El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal. 4) El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.
3	Gestión de Calidad	1) El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud. 2) El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. 3) El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.
4	Manejo del Riesgo de la Atención.	1) El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. 2) El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases. 3) El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones. 4) El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte. 5) El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.

		6) El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.
		7) El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.
		8) El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	1) Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.
		2) Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.
		3) Se disponen de estrategias y medidas para responder ante situaciones de emergencias y desastres.
6	Control de la Gestión y Prestación	1) El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.
		2) El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación.
	PRESTACIONALES	
1	Atención Ambulatoria	1) El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.
		2) La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica.
		3) El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.
		4) Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a éstas.
2	Atención de Hospitalización	1) El Establecimiento cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.
		2) El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad.
		3) El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo multidisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario.
		4) Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados.
		5) El paciente y su familia recibe la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento.

		6) El establecimiento de salud garantiza continuidad de los procedimientos para interconsulta, así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento.
		7) El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento.
3	Atención de Emergencia	1) El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo. 2) El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata. 3) El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.
4	Atención Quirúrgica	1) El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas. 2) El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario. 3) El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos. 4) El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora.
	DE APOYO	
1	Docencia e investigación	1) El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación. 2) Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo.
2	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	1) Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos. 2) El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario. 3) Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.
3	Admisión y Alta	1) El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales. 2) El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario. 3) El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.

		4) El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.
4	Referencia y Contra referencia	1) El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencia. 2) El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios. 3) Se aplican procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de paciente.
5	Gestión de Medicamentos	1) El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario. 2) El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable. 3) El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos.
6	Gestión de la Información	1) El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información. 2) El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información. 3) El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información.
7	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	1) El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones. 2) Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas. 3) Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos. 4) Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.
8	Manejo del Riesgo Social	1) El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios. 2) El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.

9	Nutrición y Dietética	1) El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.
		2) Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y a prescripción médica.
10	Gestión de Insumos y Materiales	1) Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.
		2) Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.
11	Gestión de Equipos e Infraestructura	1) El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica las normas para disponer de equipo e infraestructura operativos y en buen estado.
		2) El establecimiento de salud cuenta con información y toma de decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.

Fuente: Listado de estándares de acreditación para Establecimientos de Salud Nivel III-1 – MINSA.

4.2. RESULTADOS DE LAS AUTOEVALUACIONES POR PERÍODOS.

Los resultados finales de las autoevaluaciones durante los años 2013 al 2017, fueron resultados de NO APROBADOS; el Hospital Regional de Loreto viene siendo autoevaluado desde el año 2010, cuyos resultados no fueron los deseados, no pudiendo a la fecha lograr el objetivo de alcanzar el resultado mínimo establecido para proseguir con la segunda fase de la evaluación.

En esta parte se muestran los resultados por categorías de los macro procesos, el ranking por macro procesos, la identificación de aquellos macro procesos que cuentan con resultados muy bajos según períodos evaluados, así como, los resultados alcanzados por cada macro proceso evaluado, según el rango de calificación establecido en la Norma Técnica del Ministerio de Salud.

En el cuadro N° 01, se muestran los resultados obtenidos por cada macro proceso, en los períodos 2013 al 2017, el cual evidencia que sólo 04 macro procesos alcanzaron puntajes mayor a 85%, resultado insuficiente para calificar a nivel global en el rango de aprobación requerido.

CUADRO N° 01

RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN POR MACROPROCESOS, 2013-2017

N°	MACROPROCESO	2013	2014	2015	2016	2017
		%	%	%	%	%
	GERENCIALES					
1	Direccionamiento	41.18	58.82	55.88	41.18	52.94
2	Gestión de Recursos Humanos	41.18	38.24	44.12	82.35	58.82
3	Gestión de Calidad	68.29	76.83	67.07	73.17	64.63
4	Manejo del Riesgo de la Atención.	32.42	51.10	47.25	39.56	63.74
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	57.14	55.36	41.07	73.21	50.00
6	Control de la Gestión y Prestación	59.62	69.23	73.08	71.15	75.00
	PRESTACIONALES					
7	Atención Ambulatoria	75.00	42.50	47.50	57.50	42.50
8	Atención de Hospitalización	42.59	60.19	37.04	57.41	53.70
9	Atención de Emergencia	78.95	68.42	68.42	81.58	94.74
10	Atención Quirúrgica	44.68	77.66	67.02	62.77	63.83
	DE APOYO					
11	Docencia e investigación	50.00	21.43	59.52	45.24	23.81
12	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	0	36.26	31.82	9.09	4.55
13	Admisión y Alta	12.86	41.43	61.43	35.71	82.86
14	Referencia y Contra referencia	44.12	94.12	29.41	41.18	32.35
15	Gestión de Medicamentos	55.77	88.46	65.38	88.46	80.77
16	Gestión de la Información	47.83	63.04	47.83	47.83	43.48
17	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	31.03	20.69	15.52	29.31	43.10
18	Manejo del Riesgo Social	54.55	54.55	40.91	54.55	77.27
19	Manejo de Nutrición y Dietética de pacientes	50.00	44.12	11.76	52.94	82.35
20	Gestión de Insumos y Materiales	15.38	57.69	84.62	23.08	50.00
21	Gestión de Equipos e Infraestructura	2.94	11.76	29.41	23.63	35.29

Elaboración propia

El cuadro N° 02, muestra los macro procesos cuyos resultados según el ranking de la autoevaluación realizada al Hospital Regional de Loreto, período 2013 -2017 se ubicaron dentro de los diez primeros lugares; cuatro (4) de ellos estuvieron dentro de los 10 primeros lugares los cinco años consecutivos de evaluación, un (1) macro proceso tuvo presencia en cuatro periodos, dos de ellos en tres períodos, los demás macro procesos estuvieron dentro de los diez primeros, en sólo dos períodos, tal como se ilustra en el gráfico N° 02.

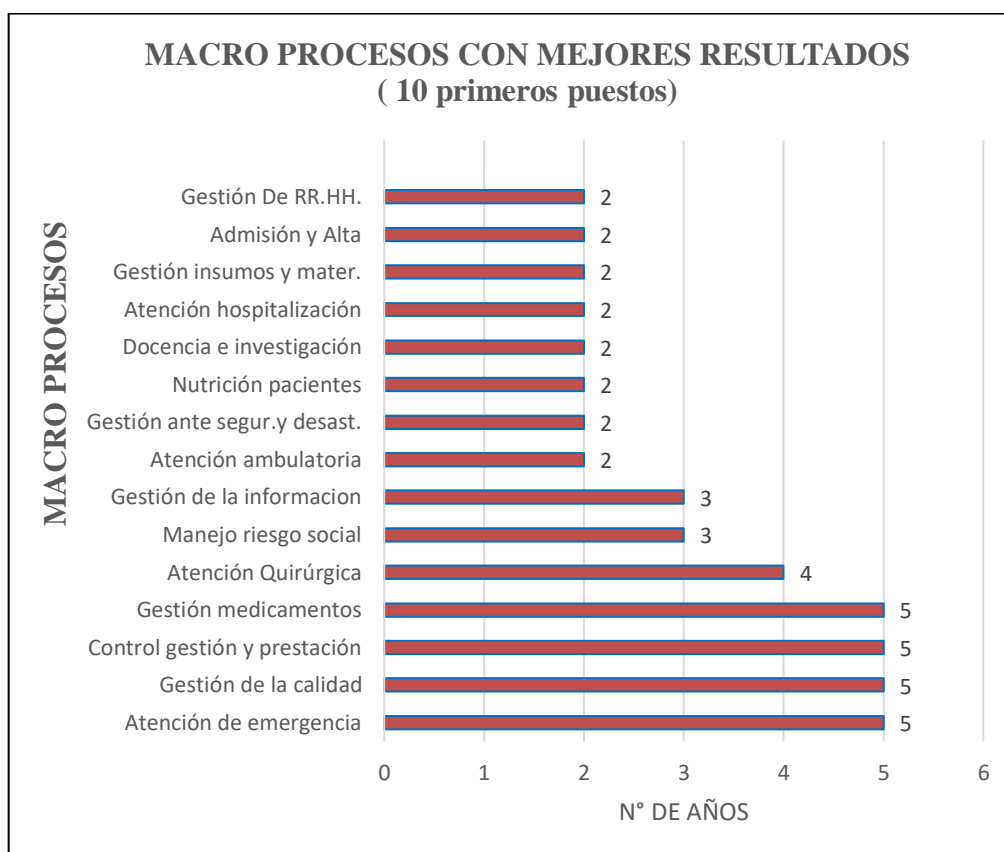
CUADRO N° 02

MACROPROCESOS CON MEJORES RESULTADOS- 2013-2017

MACRO PROCESOS	PERÍODOS EVALUADOS				
	2013	2014	2015	2016	2017
Gestión de medicamentos	X	X	X	X	X
Control de la gestión y prestación	X	X	X	X	X
Gestión de la calidad	X	X	X	X	X
Atención de emergencia	X	X	X	X	X
Atención quirúrgica		X	X	X	X
Manejo del Riesgo Social	X			X	X
Gestión de la información	X	X	X		
Atención ambulatoria	X			X	
Gestión ante seguridad y desastres	X		X		
Nutrición de pacientes	X				X
Docencia e investigación	X		X		
Atención de hospitalización		X		X	
Gestión de insumos y materiales		X	X		
Admisión y alta			X		X
Gestión de Recursos Humanos				X	X

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO N° 02



Elaboración propia

En el cuadro N° 03, se observa que en el año 2013, en la categoría del macro proceso Prestacional se ubica el mayor puntaje con 78.95% que corresponde al macro proceso de **Atención de Emergencia**, seguido de la categoría Gerencial con un puntaje de 68.29% para el macro proceso de **Gestión de Calidad**, finalmente la categoría de Apoyo con un porcentaje de 55.77% para el macro proceso de **Gestión de medicamentos**. En la misma, se observa que ningún macro proceso alcanza el puntaje ideal > a 85%.

CUADRO N° 03**Ranking por Macro procesos: Gerencial, Prestacional y de Apoyo, período 2013**

MACROPROCESO GERENCIAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Gestión de la Calidad	32.70	68.29
Control de la gestión y prestación	28.54	59.62
Gestión de seguridad ante desastres	27.36	57.14
Direccionamiento	19.72	41.18
Gestión de Recursos Humanos	19.72	41.18
Manejo del Riesgo de atención	15.52	32.42

MACROPROCESO PRESTACIONAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Atención de emergencias	13.50	78.95
Atención ambulatoria	35.91	75.00
Atención quirúrgica	7.64	44.68
Atención de hospitalización	20.39	42.59

MACRO PROCESO DE APOYO	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Gestión de medicamentos	9.54	55.77
Manejo del riesgo social	9.33	54.55
Docencia e investigación	23.94	50.00
Manejo de nutrición de pacientes	8.55	50.00
Gestión de la información	8.18	47.83
Referencia y Contra referencia	7.54	44.12
Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilizac.	10.61	31.03
Gestión de insumos y materiales	2.63	15.38
Admisión y Alta	2.2	12.86
Gestión de equipos e infraestructura	0.50	2.94
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento	0	0

En el año 2014, la categoría del macro proceso de Apoyo tiene el mayor puntaje con 94.12% que corresponde al macro proceso de **Referencia**, seguido de la categoría Prestacional con un puntaje de 77.66% en el macro proceso de **Atención Quirúrgica** y la categoría Gerencial con un porcentaje de 76.83% para el macro proceso de **Gestión de la calidad**; tal como se observa en el cuadro N° 04.

CUADRO N° 04

Ranking por Macro procesos: Gerencial, Prestacional y de Apoyo, período 2014

MACROPROCESO GERENCIAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Gestión de la Calidad	36.79	76.83
Control de la gestión y prestación	33.15	69.23
Direccionamiento	28.16	58.82
Gestión de seguridad ante desastres	26.51	55.36
Manejo del Riesgo de atención	24.47	51.10
Gestión de Recursos Humanos	18.31	38.24

MACROPROCESO PRESTACIONAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Atención quirúrgica	13.28	77.66
Atención de emergencia	11.70	68.42
Atención de hospitalización	28.82	60.19
Atención ambulatoria	20.35	42.50

MACROPROCESO DE APOYO	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Referencia y Contra referencia	16.09	94.12
Gestión de medicamentos	15.13	88.46
Gestión de la información	10.78	63.04
Gestión de insumos y materiales	9.87	57.69
Manejo del riesgo social	9.33	54.55
Manejo de nutrición de pacientes	7.54	44.12
Admisión y alta	7.08	41.43
Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	6.22	36.36
Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización	7.08	20.69
Docencia e investigación	10.26	21.43
Gestión de equipos e infraestructura	2.01	11.76

En el año 2015 la categoría del macro proceso de Apoyo tiene el mayor puntaje con 84.62% que corresponde al macro proceso: *Gestión de insumos y materiales*, seguido de la categoría Gerencial con un puntaje de 73.08% para el macro proceso *Control de la gestión*, y la categoría Prestacional alcanza 68.42% en el macro proceso de *Atención de emergencia*; tal como se observa en el cuadro N° 05.

CUADRO N° 05

Ranking por Macro procesos: Gerencial, Prestacional y de Apoyo, período 2015

MACROPROCESO GERENCIAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Control de la gestión y prestación	34.99	73.08
Gestión de la Calidad	32.11	67.07
Direccionamiento	26.76	55.88
Manejo del Riesgo de atención	22.62	47.25
Gestión de Recursos Humanos	21.12	44.12
Gestión de seguridad ante desastres	19.67	41.07

MACROPROCESO PRESTACIONAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Atención de emergencia	11.70	68.42
Atención quirúrgica	11.46	67.02
Atención ambulatoria	22.74	47.50
Atención de hospitalización	17.73	37.04

MACROPROCESO DE APOYO	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Gestión de insumos y materiales	14.47	84.62
Gestión de medicamentos	11.18	65.38
Admisión y alta	10.50	61.43
Docencia e investigación	28.50	59.52
Gestión de la información	8.18	47.83
Manejo del riesgo social	7.00	40.91
Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	5.44	31.82
Referencia y contrarreferencia	5.03	29.41
Gestión de equipos e infraestructura	5.03	29.41
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	5.31	15.52
Manejo de nutrición de pacientes	2.01	11.76

En el cuadro N° 06, resultados año 2016, la categoría de Apoyo tiene el mayor puntaje con 88.46%, corresponde al macro proceso: *Gestión de medicamentos*, seguido de la categoría Gerencial con un puntaje de 82.35% para el macro proceso: *Gestión de Recursos humanos*, y en la categoría Prestacional, el de mayor puntaje es para el macro proceso de *Atención de emergencia* con 81.58%.

CUADRO N° 06

Ranking por Macro procesos: Gerencial, Prestacional y de Apoyo, período 2016

MACROPROCESO GERENCIAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Gestión de Recursos Humanos	39.43	82.35
Gestión de seguridad ante desastres	35.06	73.21
Gestión de la calidad	35.03	73.17
Control de la gestión y prestación	34.07	71.15
Direccionamiento	19.72	41.18
Manejo del riesgo de atención	18.94	39.56

MACROPROCESO PRESTACIONAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Atención de emergencia	13.95	81.58
Atención quirúrgica	10.73	62.77
Atención ambulatoria	27.53	57.50
Atención de hospitalización	27.49	57.41

MACROPROCESO DE APOYO	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Gestión de medicamentos	15.13	88.46
Manejo del riesgo social	9.33	54.55
Manejo de nutrición de pacientes	9.05	52.94
Gestión de la información	8.18	47.83
Docencia e investigación	21.66	45.24
Referencia y contrareferencia	7.04	41.18
Admisión y alta	6.11	35.71
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.	10.02	29.31
Gestión de equipos e infraestructura	4.02	23.53
Gestión de insumos y materiales	3.95	23.08
Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1.55	9.09

En el año 2017 la categoría del macro proceso Prestacional lidera el ranking de mayor puntaje con 94.74% que corresponde al macro proceso: *Atención de emergencia*, seguido de la categoría de Apoyo con 82.86% para el macro proceso: *Admisión y alta*, y la categoría Gerencial logra 75% en el macro proceso de *Control de la gestión y la prestación*; tal como se observa en el cuadro N° 07.

CUADRO N° 07

Ranking por Macro procesos: Gerencial, Prestacional y de Apoyo, período 2017

MACROPROCESO GERENCIAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Control de la gestión y prestación	35.91	75.00
Gestión de la calidad	30.95	64.63
Manejo del riesgo de atención	30.52	63.74
Gestión de Recursos Humanos	28.16	58.82
Direccionamiento	25.35	52.94
Gestión de seguridad ante desastres	23.94	50.00

MACROPROCESO PRESTACIONAL	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Atención de emergencia	16.20	94.74
Atención quirúrgica	10.91	63.83
Atención de hospitalización	25.71	53.70
Atención ambulatoria	20.35	42.50

MACROPROCESO DE APOYO	Puntaje obtenido	Cumplimiento por Macro Proceso
	Total	%
Admisión y alta	14.17	82.86
Manejo de nutrición de pacientes	14.08	82.35
Gestión de medicamentos	13.81	80.77
Manejo del riesgo social	13.21	77.27
Gestión de insumos y materiales	8.55	50.00
Gestión de la información	7.43	43.48
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	14.74	43.10
Gestión de equipos e infraestructura	6.04	35.29
Referencia y contrarreferencia	5.53	32.35
Docencia e investigación	11.40	23.81
Apoyo diagnóstico y tratamiento	0.78	4.55

El cuadro N° 08, muestra los resultados de los macro procesos según rango de calificación establecido en la Norma Técnica del Ministerio de Salud para el proceso de autoevaluación. Se observa, que de los 12 macro procesos con puntaje < 50%, el 58.33% corresponde a la categoría de Apoyo, el 25% a la categoría de Gestión y el 16.67% a macro procesos de la categoría Prestacional. Ningún macro proceso obtiene el puntaje de calificación “Aprobado”.

CUADRO N° 08

Resultados de Macro procesos según rango de calificación, Período 2013

CALIFICACIÓN	MACRO PROCESOS	%
Menor a 50% No aprobado: Reiniciar desde autoevaluación	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	0
	Gestión de equipos e infraestructura	2.94
	Admisión y alta	12.86
	Gestión de insumos y materiales	15.38
	Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización	31.03
	Manejo del Riesgo de atención	32.42
	Direccionamiento	41.18
	Gestión de Recursos Humanos	41.18
	Atención de hospitalización	42.59
	Referencia y Contra referencia	44.12
	Atención quirúrgica	44.68
	Gestión de la información	47.85
50-69% No aprobado: Subsanar en 9 meses.	Docencia e investigación	50.00
	Manejo de nutrición de pacientes	50.00
	Manejo de Riesgo Social	54.55
	Gestión de medicamentos	55.77
	Gestión de seguridad ante desastres	57.14
	Control de la gestión y prestación	59.62
	Gestión de la Calidad	68.29
70-84% No aprobado: Subsanar en 6 meses	Atención ambulatoria	75.00
	Atención de emergencias	78.95
APROBADO 85% a Más	-----	

En el cuadro N° 09, muestra los resultados año 2014, de los macro procesos según rango de calificación establecido en la Norma Técnica del Ministerio de Salud para el proceso de autoevaluación. Se observa, que 8 macro procesos tienen puntajes < 50%, de los cuales, el 75% corresponde a la categoría de Apoyo, el 12.5% a la categoría de Gestión y el 12.5% a macro procesos de la categoría Prestacional. Con resultado de aprobado: > a 85% corresponde a dos macro procesos de la categoría de Apoyo.

CUADRO N° 09

Resultados de Macro procesos según rango de calificación, Período 2014

CALIFICACIÓN	MACRO PROCESOS	%
Menor a 50% No aprobado: Reiniciar desde autoevaluación	Gestión de equipos e infraestructura	11.76
	Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización.	20.69
	Docencia e Investigación	21.43
	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	36.36
	Gestión de Recursos Humanos	38.24
	Admisión y alta.	41.43
	Atención ambulatoria	42.50
	Manejo de nutrición de pacientes.	44.12
50-69% No aprobado: Subsanar en 9 meses.	Manejo del Riesgo de atención	51.10
	Manejo de Riesgo Social	54.55
	Gestión de seguridad ante desastres	55.36
	Gestión de Insumos y Materiales	57.69
	Direccionamiento	58.82
	Atención de hospitalización	60.19
	Gestión de la información	63.04
	Atención de emergencias	68.42
Control de la gestión y prestación	69.23	
70-84% No aprobado: Subsanar en 6 meses.	Gestión de la Calidad	76.83
	Atención quirúrgica	77.66
APROBADO 85% a Más	Gestión de medicamentos	88.46
	Referencia y Contra referencia	94.12

En el cuadro N° 10, se muestra los resultados año 2015 según rango de calificación. Se observa, que de los 12 macro procesos que obtuvieron puntajes < 50%, el 58.33 % de los macro procesos corresponde a la categoría de Apoyo, el 25% a la categoría de Gestión y el 16.67 % a macro procesos de la categoría Prestacional. Ningún macro proceso califica con puntaje para el rango de Aprobado.

CUADRO N° 10

Resultados de Macro procesos según rango de calificación, Período 2015

CALIFICACIÓN	MACRO PROCESOS	%
Menor a 50% No aprobado: Reiniciar desde autoevaluación	Manejo de nutrición de pacientes	11.76
	Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización	15.52
	Referencia y Contra referencia	29.41
	Gestión de equipos e infraestructura	29.41
	Atención de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	31.82
	Atención de hospitalización	37.04
	Manejo de Riesgo Social	40.91
	Gestión de seguridad ante desastres	41.07
	Gestión de Recursos Humanos	44.12
	Manejo del Riesgo de atención	47.25
	Atención ambulatoria	47.50
	Gestión de la información	47.83
50-69% No aprobado: Subsanar en 9 meses.	Direccionamiento	58.88
	Docencia e Investigación	59.52
	Admisión y alta	61.43
	Gestión de medicamentos	65.38
	Atención quirúrgica	67.02
	Gestión de la Calidad	67.07
	Atención de emergencias	68.42
70-84% No aprobado: Subsanar en 6 meses.	Control de la gestión y prestación	73.08
	Gestión de Insumos y Materiales	84.62
APROBADO 85% a Más	-----	

En el cuadro N° 11, se muestra los resultados año 2016 según rango de calificación. Se observa, que de los 10 macro procesos que obtuvieron puntajes < 50%, el 80 % de los macro procesos corresponde a la categoría de Apoyo, el 25% a la categoría de Gestión y el 20 % de los macro procesos, a la categoría de Gestión. En este período sólo un macro proceso califica con puntaje para el rango de Aprobado.

CUADRO N° 11

Resultados de Macro procesos según rango de calificación, Período 2016

CALIFICACIÓN	MACRO PROCESOS	%
Menor a 50% No aprobado: Reiniciar desde autoevaluación	Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	9.09
	Gestión de Insumos y materiales.	23.08
	Gestión de Equipos e infraestructura	23.53
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.	29.31
	Admisión y alta	35.71
	Manejo del riesgo de atención	39.56
	Referencia y Contrarreferencia	41.18
	Direccionamiento	41.18
	Docencia e Investigación	45.24
	Gestión de la información	47.83
50-69% No aprobado: Subsanar en 9 meses.	Manejo de nutrición de pacientes	52.94
	Manejo del Riesgo social	54.55
	Atención de hospitalización	57.41
	Atención ambulatoria	57.50
	Atención quirúrgica.	62.77
70-84% No aprobado: Subsanar en 6 meses.	Control de la gestión y la prestación	71.15
	Gestión de la calidad.	73.17
	Gestión de seguridad ante desastres	73.21
	Atención de Emergencia.	81.58
	Gestión de Recursos humanos.	82.35
APROBADO 85% a Más	Gestión de medicamentos	88.46

En el cuadro N° 12, se muestra los resultados año 2017 según rango de calificación. En este período de evaluación, 07 macro procesos obtuvieron puntajes < 50%, el 85.7% de los macro procesos corresponde a la categoría de Apoyo, y el 14.3% a la categoría Prestacional. En este período, sólo un macro proceso de la categoría Prestacional califica con puntaje para el rango de Aprobado.

CUADRO N° 12

Calificación de los Macro procesos según porcentaje, Período 2017

CALIFICACIÓN	MACRO PROCESOS	%
Menor a 50% No aprobado: Reiniciar desde autoevaluación	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	4.55
	Docencia e investigación	23.81
	Referencia y contrarreferencia	32.35
	Gestión de equipo e infraestructura	35.29
	Atención ambulatoria	42.50
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.	43.10
	Gestión de la información.	43.48
50-69% No aprobado: Subsanar en 9 meses.	Gestión de insumos y materiales	50.00
	Gestión de seguridad ante desastres	50.00
	Direccionamiento	52.94
	Atención de hospitalización.	53.70
	Gestión de Recursos humanos	58.82
	Manejo del Riesgo de la atención	63.74
	Atención quirúrgica.	63.83
	Gestión de la calidad.	64.63
70-84% No aprobado: Subsanar en 6 meses.	Control de la gestión y la prestación	75.00
	Manejo el riesgo social.	77.27
	Gestión de medicamentos	80.77
	Manejo de nutrición de pacientes.	82.35
	Admisión y alta.	82.86
APROBADO 85% a Más	Atención de emergencias.	94.74

El cuadro N° 13, muestra los Macro procesos según los periodos evaluados, cuyos resultados en la autoevaluación son muy bajos, con un puntaje < a 35%; dentro de los cuales 03 macro procesos de la **categoría de apoyo** tuvieron este puntaje en cuatro períodos evaluados, 03 macro procesos de la **categoría de apoyo** en dos períodos y el resto en un período, tal como se observa en el gráfico N° 03.

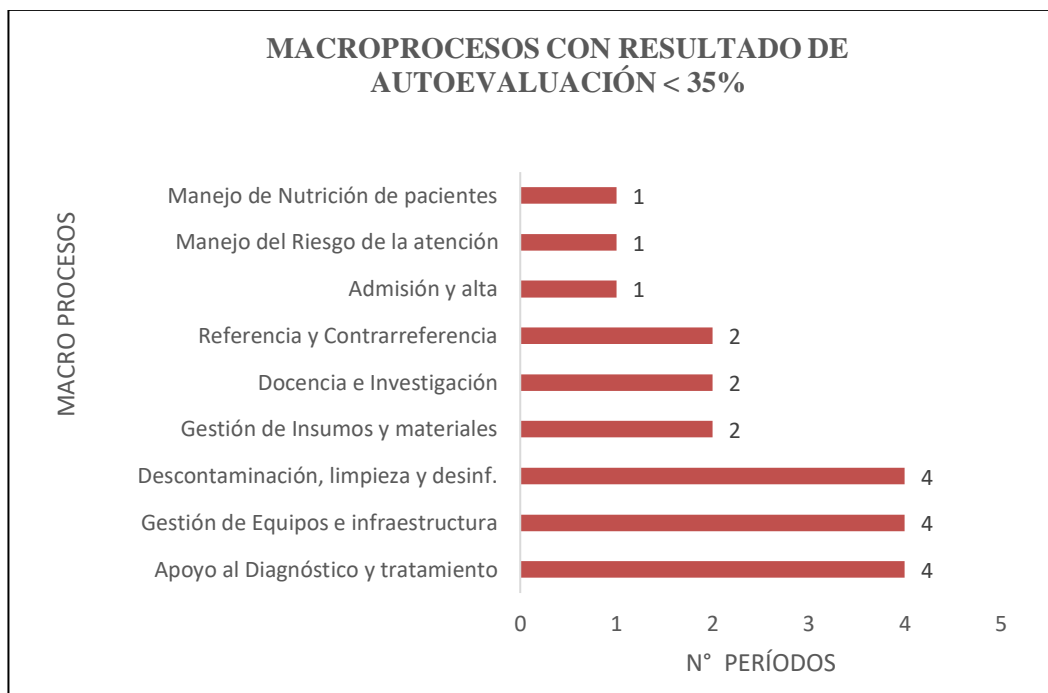
CUADRO N° 13

MACRO PROCESOS SEGÚN PERÍODOS EVALUADOS CON RESULTADOS < A 35%

MACRO PROCESOS	PERÍODOS EVALUADOS				
	2013	2014	2015	2016	2017
Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	X		X	X	X
Gestión de Equipos e infraestructura	X	X	X	X	
Admisión y alta	X				
Gestión de Insumos y materiales	X			X	
Manejo de Nutrición de pacientes			X		
Manejo del Riesgo de la atención	X				
Descontaminación, limpieza y desinfección.	X	X	X	X	
Docencia e Investigación		X			X
Referencia y Contrarreferencia			X		X

Elaboración propia, en base a datos de los cuadros N° 8, 9, 10, 11, y 12

GRÁFICO N° 03



Elaboración propia

4.3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LAS AUTOEVALUACIONES, PERÍODO 2013-2017.

Comparando los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación períodos 2013 al 2017, encontramos que en ninguno de los períodos supera el rango permitido (>85%), estos resultados muestran una calificación dentro del rango de NO APROBADO (< 50%) en los períodos 2013 y 2015, y en el rango de NO APROBADO (50-69%) durante los períodos del 2014, 2016 y 2017.

En ningún período de evaluación, el puntaje final alcanzado supera el 60%, tal como se muestra en el cuadro N° 14 y gráfico N° 04, a diferencia de la calificación global por categoría que supera el 60%.

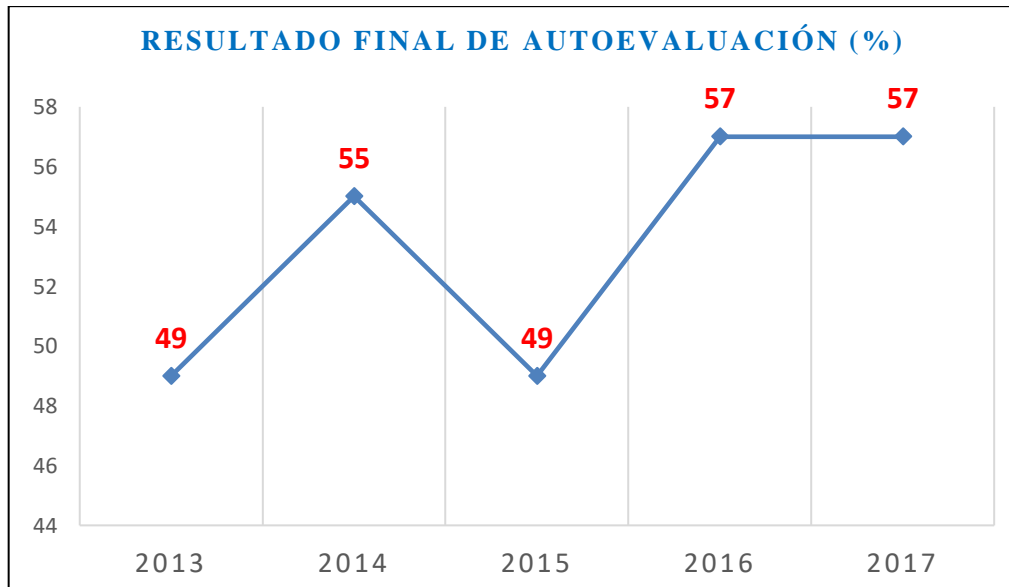
CUADRO N° 14

Resultado final de las Autoevaluaciones para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017

AÑOS	PUNTAJE ALCANZADO (%)
2013	49
2014	55
2015	49
2016	57
2017	57

GRÁFICO N° 04

Resultado del proceso de la Autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, 2013 –2017



En el cuadro N° 15, se observa los puntajes alcanzados por cada macro proceso en la autoevaluación para la acreditación durante los períodos 2013-2017; dentro de las cuales, el resultado de macro procesos en la **Categoría Gerencial** alcanza un promedio de 57.45%, seguido de la **Categoría Prestacional** con un puntaje promedio de 56.65% y finalmente, en la categoría de Apoyo con un puntaje promedio de 42.22%.

CUADRO N° 15

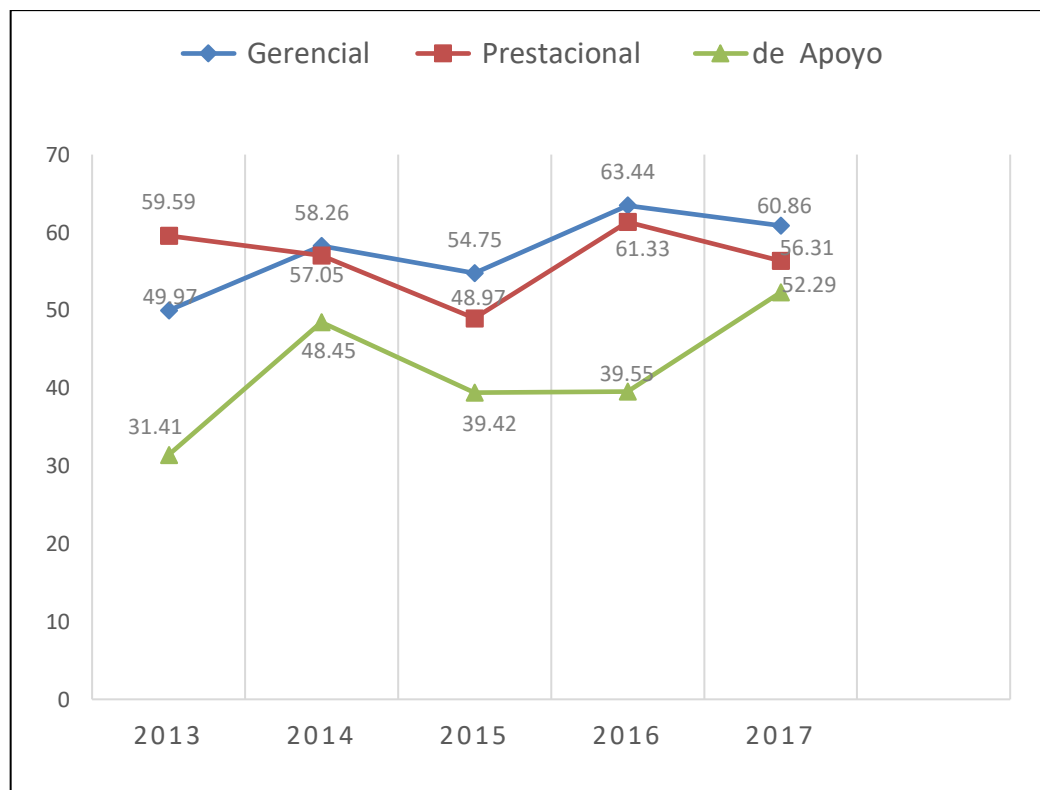
Resultado final de la autoevaluación para la acreditación por Macro procesos, Hospital Regional de Loreto, periodo 2013-2017

AÑOS	Gerencial	Prestacional	De Apoyo
	%	%	%
2013	49.97	59.59	31.41
2014	58.26	57.05	48.45
2015	54.75	48.97	39.42
2016	63.44	61.33	39.55
2017	60.86	56.31	52.29

En el gráfico N° 05, se observa claramente la curva de resultado final por categorías, dentro de los cuales, en la **Categoría Gerencial** año **2016** logra su mejor puntaje 63.44%, para la **Categoría Prestacional** el mayor puntaje fue en el año 2016 con 61.33%, y en la **Categoría de Apoyo** año 2017 alcanza su mejor puntaje, con 52.29%.

GRÁFICO N° 05

Resultados de la autoevaluación por Categorías de los Macro procesos – período 2013 al 2017



Elaborado en base al cuadro N° 15.

GRÁFICO N° 06

Resultados de la Autoevaluación para la Acreditación por Macro procesos 2013-2017

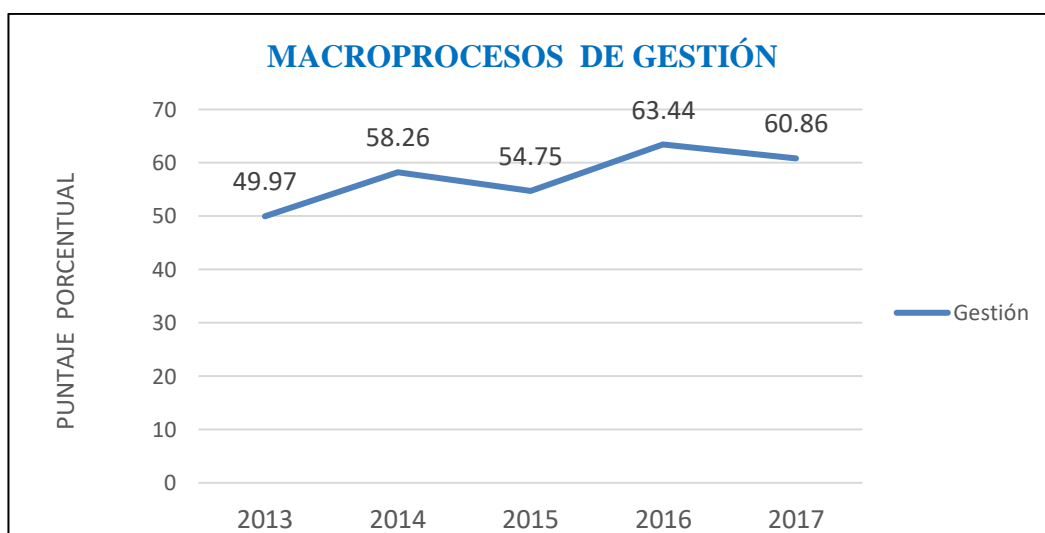


GRÁFICO N° 07

**Resultados de la Autoevaluación para la Acreditación por Macro procesos
2013-2017**

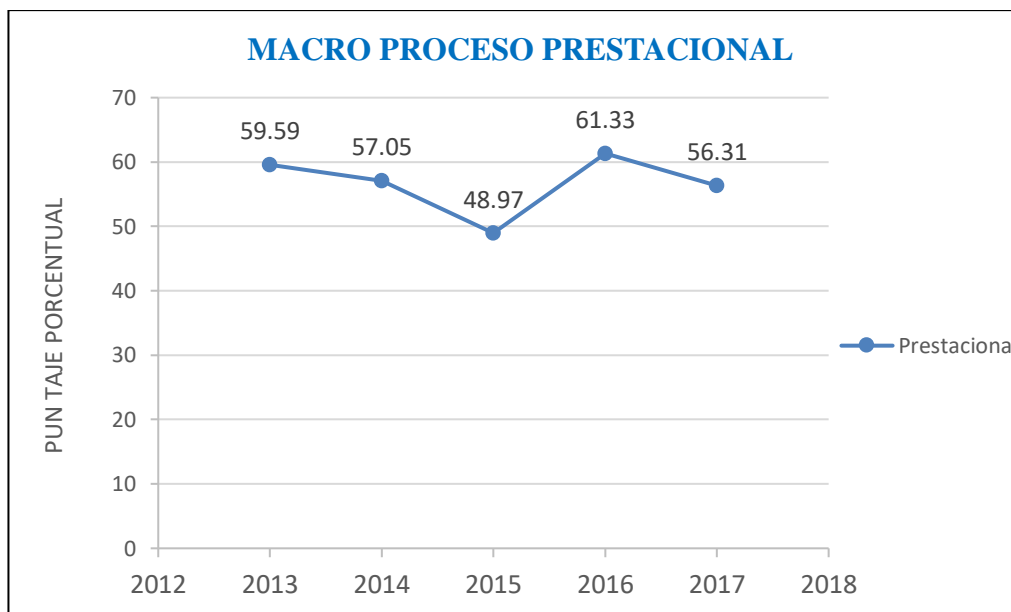
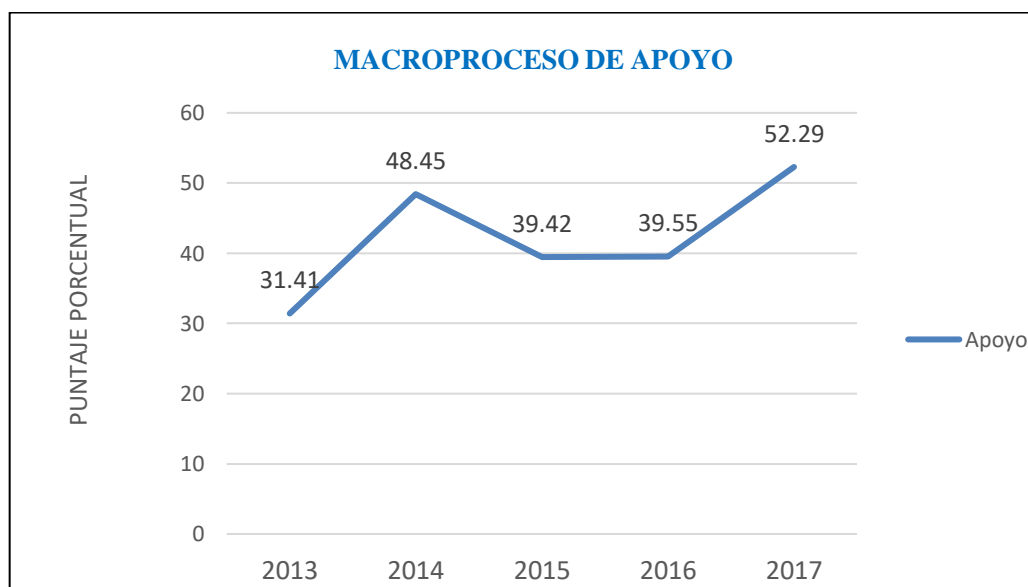


GRÁFICO N° 08

**Resultados de la Autoevaluación para la Acreditación por Macro procesos
2013-2017**



El cuadro N° 16, muestra la media y desviación estándar de cada macro proceso, cuya base fueron los resultados obtenidos en cada período; en donde se aprecia que existe una diferencia muy marcada en muchos macro procesos.

CUADRO N° 16

Análisis de dispersión de los Resultados de la Autoevaluación para la Acreditación en el Hospital Regional de Loreto, período 2013 – 2017

	Mínimo %	Máximo %	Media	Desviación estándar
Direccionamiento	41.18	58.82	50.00	8.32
Gestión RRHH	38.24	82.35	52.94	18.25
Gestión calidad	64.63	76.83	70.00	4.93
Manejo riesgo atención	32.42	63.74	46.81	11.88
Gestión seguridad ante desastres	41.07	73.21	55.36	11.78
control de la gestión y prestación	59.62	75.00	69.62	5.99
Atención ambulatoria	42.50	75.00	53.00	13.74
Atención extramural	0.00	0.00	0.00	0.00
Atención hospitalización	37.04	60.19	50.19	9.94
Atención emergencia	68.42	94.74	78.42	10.92
Atención quirúrgica	44.68	77.66	63.19	11.91
Docencia e investigación	21.43	59.52	40.00	16.70
Apoyo diagnóstico y tratamiento	0.00	36.36	16.36	16.58
Admisión y alta	12.86	82.86	46.86	26.54
Referencia y contrarreferencia	29.41	94.12	48.24	26.36
Gestión de medicamentos	55.77	88.46	75.77	14.62
Gestión de la información	43.48	63.04	50.00	7.53
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	15.52	43.10	27.93	10.58
Manejo del riesgo social	40.91	77.27	56.37	13.09
Manejo de nutrición de pacientes	11.76	82.35	48.23	25.18
Gestión de insumos y materiales	15.38	84.62	46.15	27.87
Gestión de equipos e infraestructura	2.94	35.29	20.59	13.15

En el cuadro N° 17, se muestra el ranking de la dispersión de los resultados obtenidos por macro procesos, los de menor dispersión en algunos casos, son los macro procesos con una tendencia regular en sus resultados, tales como: Gestión de la calidad, Control de la gestión y la prestación, Atención de emergencia y Gestión de Medicamentos, tuvieron un resultado parejo y regular durante los 5 años y por ende un promedio aceptable y poca desviación.

CUADRO N° 17

Ranking de dispersión de los Resultados de la Autoevaluación para la Acreditación en el Hospital Regional de Loreto periodo 2013 al 2017

MACROPROCESOS	Desviación estándar
Atención extramural	0.00
Gestión calidad	4.93
control de la gestión y prestación	5.99
Gestión de la información	7.53
Direccionamiento	8.32
Atención hospitalización	9.94
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	10.58
Atención emergencia	10.92
Gestión seguridad ante desastres	11.78
Manejo riesgo atención	11.88
Atención quirúrgica	11.91
Manejo del riesgo social	13.09
Gestión de equipos e infraestructura	13.15
Atención ambulatoria	13.74
Gestión de medicamentos	14.62
Apoyo diagnóstico y tratamiento	16.58
Docencia e investigación	16.70
Gestión RRHH	18.25
Manejo de nutrición de pacientes	25.18
Referencia y contrarreferencia	26.36
Admisión y alta	26.54
Gestión de insumos y materiales	27.87

GRÁFICO N° 09

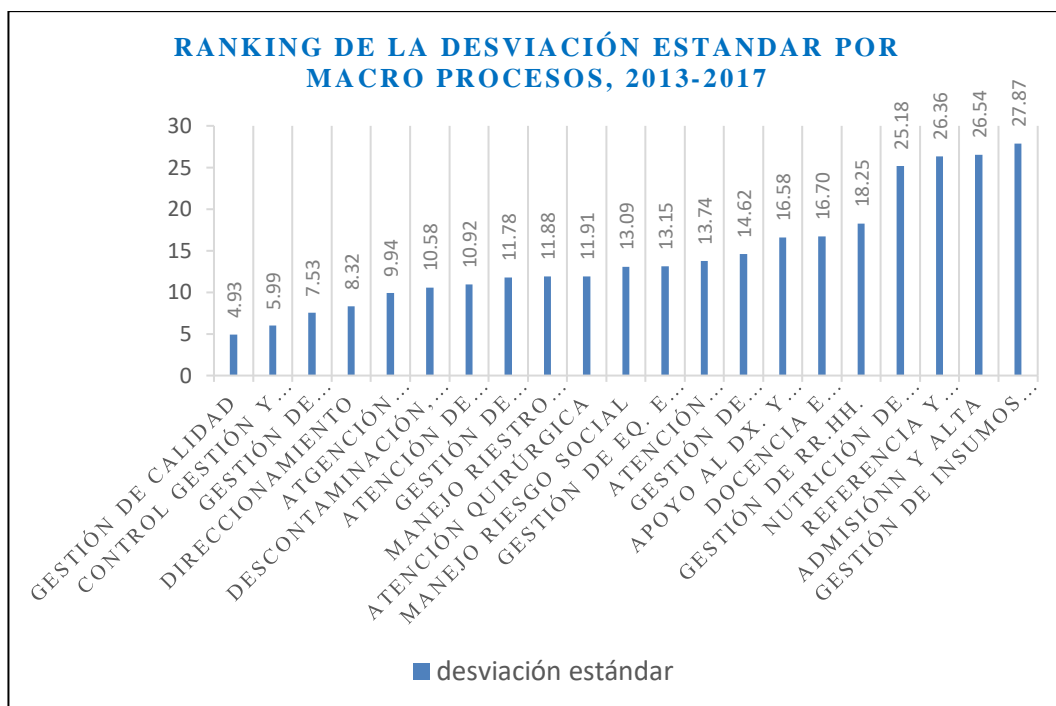
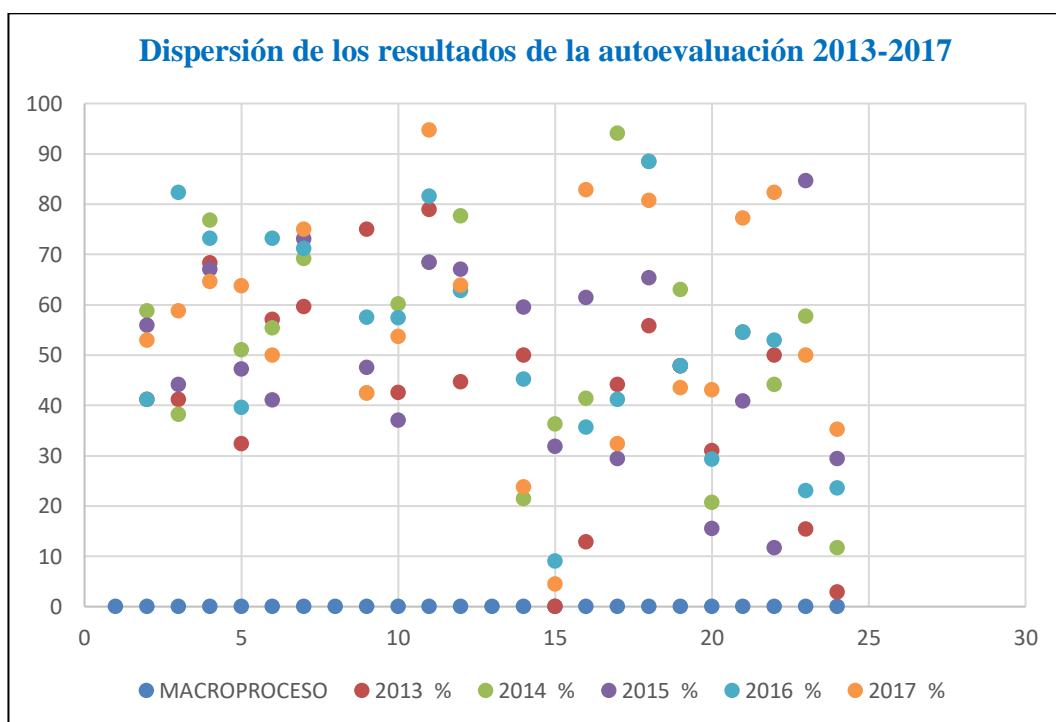


GRÁFICO N° 10



Fuente: elaboración propia, en base al cuadro N° 1

En el cuadro N° 18 se observa la diferencia de los resultados en los dos últimos periodos de autoevaluación (2016-2017), del total de macro procesos, un 52.4% tuvo un avance positivo y 10 macro procesos tuvo un descenso en sus resultados, que representa el 47.6% del total de macro procesos evaluados.

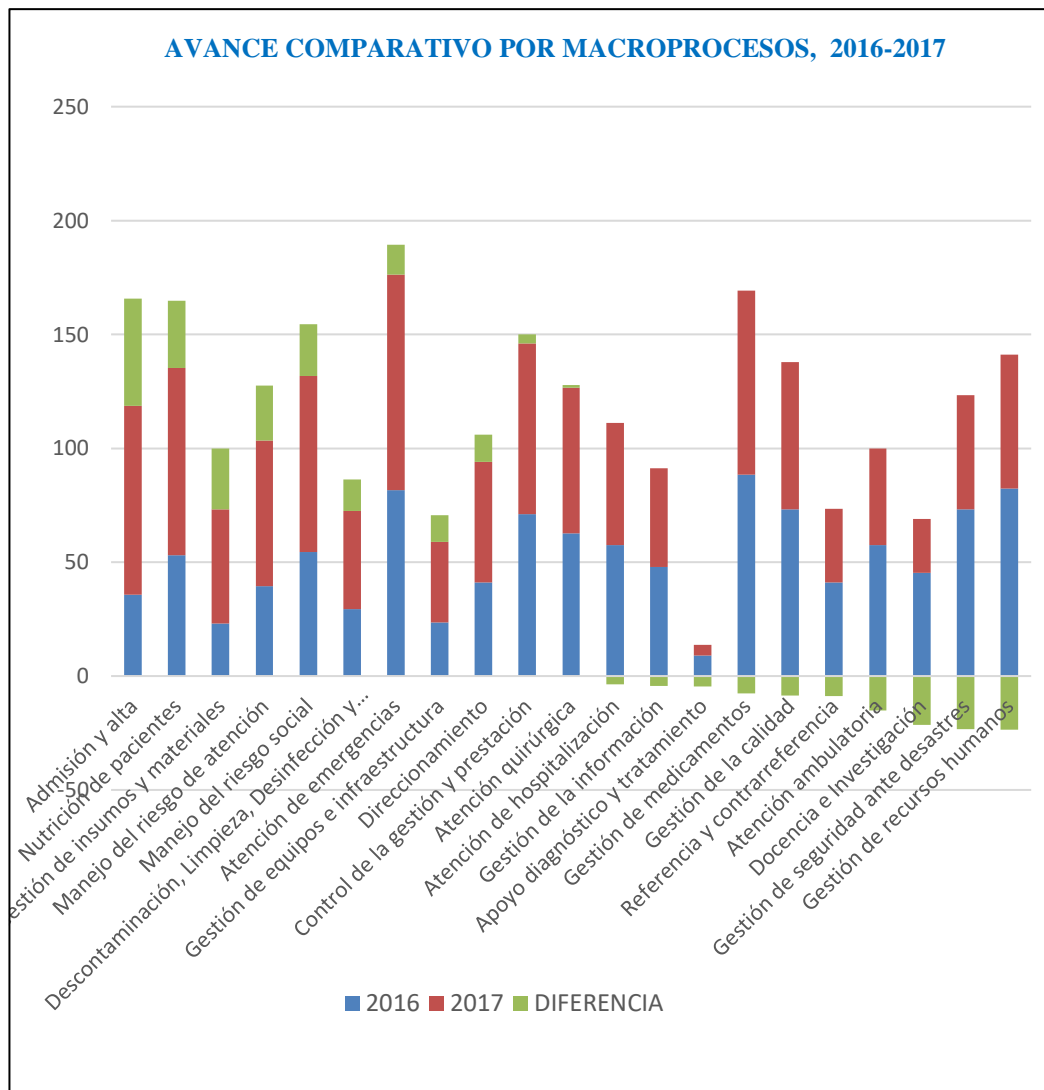
CUADRO N° 18

Análisis comparativo diferencial por Macro procesos, período 2016-2017

ítem	MACROPROCESOS	2016	2017	DIFERENCIA
1	Admisión y alta	35.71	82.86	47.15
2	Nutrición de pacientes	52.94	82.35	29.41
3	Gestión de insumos y materiales	23.08	50.00	26.92
4	Manejo del riesgo de atención	39.56	63.74	24.18
5	Manejo del riesgo social	54.55	77.27	22.72
6	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	29.31	43.10	13.79
7	Atención de emergencias	81.58	94.74	13.16
8	Gestión de equipos e infraestructura	23.53	35.29	11.76
9	Direccionamiento	41.18	52.94	11.76
10	Control de la gestión y prestación	71.15	75.00	3.85
11	Atención quirúrgica	62.77	63.83	1.06
12	Atención de hospitalización	57.41	53.70	-3.71
13	Gestión de la información	47.83	43.48	-4.35
14	Apoyo diagnóstico y tratamiento	9.09	4.55	-4.54
15	Gestión de medicamentos	88.46	80.77	-7.69
16	Gestión de la calidad	73.17	64.63	-8.54
17	Referencia y contrarreferencia	41.18	32.35	-8.83
18	Atención ambulatoria	57.50	42.50	-15
19	Docencia e Investigación	45.24	23.81	-21.43
20	Gestión de seguridad ante desastres	73.21	50.00	-23.21
21	Gestión de recursos humanos	82.35	58.82	-23.53

El gráfico N° 11, nos muestra el resultado por cada macro proceso en forma comparativa, período 2016 -2017.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Elaboración Propia.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El Proceso de la Autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, si bien es cierto se realiza cada año en cumplimiento a las Normas establecidas por el Ministerio de Salud para mejorar la calidad de atención, este proceso es el primer paso para lograr una evaluación externa, siempre y cuando los resultados superen el rango establecido; sin embargo, estos resultados no favorables en forma consecutiva, debe preocupar al equipo de gestión del Hospital, considerando, la importancia de este proceso para todos los establecimientos de salud y en especial para el Hospital Regional de Loreto por ser el único centro de referencia público de la Región; estos resultados y las conclusiones que se muestren, contribuirán a que los Directivos analicen sus fortalezas y debilidades para la mejora continua en las autoevaluaciones sucesivas. Por otro lado, obtener resultados favorables, requerirá de un trabajo en equipo y compromiso sostenible en el tiempo, para lograr la acreditación que conlleve a la mejora continua de la calidad de atención, similar a lo que plantea HENAO HERRERA A., en su estudio “sobre beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en salud”.

En el análisis documental, los instrumentos utilizados para la autoevaluación fue el listado de estándares con sus respectivos criterios y la guía del evaluador; de la revisión hecha a estos instrumentos, destacan los criterios que utiliza este listado oficial, dentro de los cuales, se pudo apreciar que un 80% de los criterios corresponde su cumplimiento a las jefaturas y equipo técnico intrahospitalario y el 20% restante, corresponde a coordinaciones extra hospitalarios, es decir, gestiones y/o reuniones con entes externos para lograr contar con la documentación que evidencie el trabajo realizado; por tanto, la mejora continua en los resultados, depende del liderazgo que puedan tener las jefaturas intermedias para organizar sus servicios con personal empoderado con los objetivos de la institución. Este análisis, me lleva a establecer la similitud con las conclusiones planteadas por DE MORAES, quien relaciona el éxito de la garantía de la calidad, con la

participación activa de los directores de hospitales, así también, similar a lo encontrado por SAAVEDRA VENEGAS C. en su estudio sobre “factores de éxito para la acreditación de la calidad en salud” determinando los factores claves: el compromiso de los directivos, jefaturas intermedias y funcionarios de los equipos clínicos, sumado a una política de comunicación intensa a todos los niveles de la organización.

Del análisis realizado a los resultados del proceso de autoevaluación por períodos y comparándolos con los años 2013 al 2017, me permite abordar aún la discusión a través de la validación de la hipótesis planteada.

5.1. VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS GENERAL:

“Existen diferencias entre los resultados de los procesos de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013-2017”.

En relación al análisis de los resultados y mostrados en los diferentes cuadros, se observa en el cuadro N° 01, resultados porcentuales de los períodos 2013-2017 muy variados, en la gran mayoría de macro procesos, no se ve un avance progresivo de un año a otro, el cual, pronostique a mediano plazo, la obtención de resultados cercano al rango permitido mayor al 85%, tanto a nivel general como a los resultados por categoría.

Por otro lado, siendo la **Categoría de Apoyo** con más números de macro procesos a evaluar, debería ser el soporte para las demás categorías; sin embargo, son los macro procesos que muestran resultados más débiles, por tanto, inciden en los resultados generales y de categoría y, por ende, el Hospital Regional de Loreto no logra el objetivo propuesto para el tránsito hacia la acreditación de calidad en la atención. Este resultado, se relaciona con el “informe de autoevaluación del Hospital San Juan de Lurigancho-2013”, con resultados similares: Categoría Gerencial 54%, Prestacional 54%, y con menor porcentaje la categoría de Apoyo con 43%; esta similitud en los resultados, nos pueden dar una idea, del nivel de

gestión en la que podrían estar muchos hospitales públicos en relación a la calidad de atención. Este tema, bien podría analizarse en futuras investigaciones comparando los resultados con los de otros establecimientos públicos del país.

De acuerdo a lo observado en el gráfico N° 02, algunos macro procesos que sí han mantenido un puntaje en forma regular (dentro de los 10 primeros lugares) en los cinco períodos de evaluación, este representa sólo el 19% del total de macro procesos, la gran mayoría de ellos no han mantenido el nivel esperado, obteniendo una variación en sus resultado en cada período evaluado.

Al evaluar la diferencia entre los últimos dos periodos de evaluación 2016-2017, se destaca, que si bien es cierto en estos dos períodos, la capacidad resolutive del Hospital Regional ha mejorado, por contar con nuevos servicios y equipamiento adecuado para brindar una mejor atención; sin embargo, los resultados demuestran que sólo un 52.4% de todos los macro procesos han logrado un ascenso en sus resultados, comparándolos a los resultados del último proceso de autoevaluación, y cerca de la mitad no se han mantenido ni han mostrado mejoría, lo que da como resultado una diferencia negativa, tal como se observa en el cuadro N° 18.

Asimismo, se identifica una marcada diferencia en los resultados, que tienden a alejarse del puntaje promedio y por consiguiente una dispersión muy visible de los resultados en los cinco períodos de evaluación, siendo el Macro proceso de Apoyo la de mayor dispersión de los resultados, dentro de los cuales se encuentran aquellos macro procesos que obtuvieron puntuación más baja en algunos de los períodos evaluados, tal como se muestra en el cuadro N° 16 y gráfico N° 10.

De esta comparación mostrada, puedo determinar que cualquier establecimiento de salud, aun teniendo la mejor infraestructura o equipamiento adecuado, los resultados no serán favorables si los Recursos Humanos, no están identificados con los objetivos propuestos dirigidos a mejorar la calidad de la atención en salud, toda vez, que los estándares propuestos en la Norma Técnica de Salud y que sirven de guía para este proceso de autoevaluación, no ha variado desde su implementación, sin embargo, los resultados mostrados difieren de un período a otro.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

El proceso de acreditación de los establecimientos de salud, es fundamental e importante, pues promueve el mejoramiento continuo de la acción institucional en todas sus funciones, servicios y el nivel de desempeño institucional y también el respeto al derecho de las personas a recibir prestaciones con un nivel mínimo de calidad.

Es así, que la autoevaluación para la acreditación se transforma en un mecanismo básico para la implementación de estrategias que contribuyan a mejorar la calidad de atención a los usuarios.

Si bien es cierto el Hospital Regional de Loreto, viene realizando desde el 2010 sus autoevaluaciones, a la fecha aún no ha logrado el nivel esperado para solicitar una evaluación externa, ello requiere de un trabajo conjunto e integral para mejorar sus procesos y sobre todo el involucramiento de los gestores, en cumplimiento de la **misión** y **visión** del Hospital.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio de investigación sobre, “Análisis del proceso de la autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 – 2017”, nos lleva a las siguientes conclusiones:

- Los estándares por macro procesos de la autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, definidos en cumplimiento a la Norma Técnica para el proceso de autoevaluación del Hospital Regional de Loreto, consiste en: 21 macro procesos, 70 estándares y 342 criterios.
- Los resultados de las autoevaluaciones para la Acreditación en los períodos 2013 a 2017, fue el de NO APROBADO en forma consecutiva, en el año 2013, alcanzó un puntaje de 49%, en el año 2014 alcanzó 55%, en el 2015 alcanzó 49%, en el 2016 un puntaje de 57% y el año 2017 alcanzó un puntaje de 57%.
- Las diferencias identificadas de los resultados de las autoevaluaciones para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, durante los períodos 2013-2017; se basan en los resultados promedios alcanzados, así tenemos: El Macro proceso **Gerencial** con un promedio de 57.45%, seguido del Macro proceso **Prestacional** con un puntaje promedio de 56.65% y finalmente, el Macro proceso **de Apoyo** con un puntaje promedio de 42.22%.
- Ninguno de los períodos (2013 – 2017), supera el rango permitido (>85%), estos resultados muestran una calificación dentro del rango de NO APROBADO (< 50%) en los períodos 2013 y 2015, y en el rango de NO APROBADO (50-69%) durante los períodos del 2014, 2016 y 2017.

- En ningún período de evaluación, el puntaje final alcanzado supera el 60%,
- Los resultados por macro procesos, según el rango de calificación $< 50\%$ nos muestra que durante los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017, los macro procesos de la **Categoría Apoyo** son los que en mayor número obtuvieron este puntaje.
- Los resultados por macro procesos en forma comparativa período 2016-2017 muestra que un 52.4% de los macro procesos lograron un ascenso en sus resultados, lo cual evidencia una leve mejoría respecto al último período.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

A la Dirección General del Hospital Regional de Loreto:

- Mantener el compromiso e involucramiento para mejorar los procesos de atención a los usuarios en base a resultados de la autoevaluación.
- Fortalecer y valorar al equipo de auto evaluadores de la institución ya que se trata de un equipo capacitado e involucrado en este proceso.
- Gestionar la inserción del Plan de la auto evaluación para la acreditación en el Plan Operativo Institucional.
- Conformar equipos de trabajo en las diferentes áreas de la institución con la guía de un auto evaluador, para levantar las observaciones identificadas en el tiempo establecido según el rango alcanzado.
- Socializar al personal de la institución los resultados de las autoevaluaciones y la importancia de su contribución en este proceso.
- Establecer coordinación y comunicación constante con la Oficina de Calidad, para recibir el reporte del monitoreo de las mejoras continuas implementadas.

A la Oficina de Calidad del Hospital Regional de Loreto:

- Continuar realizando las autoevaluaciones según lo establecido en la Norma Técnica de Acreditación.
- Dirigir y monitorear el avance de las diferentes actividades de las Oficinas y Departamentos de la institución acorde con sus planes anuales. Tanto al área asistencial como administrativa deberán verificar y evaluar los avances del Plan Operativo.

A las Jefaturas de Servicios y Departamentos del Hospital Regional de Loreto:

- Mejorar el compromiso con la ejecución del Plan Operativo Institucional y demás documentos de gestión.
- Efectuar el seguimiento de cada uno de los procesos llevados a cabo en sus respectivas áreas.
- Contar con los documentos que formalicen el ejercicio de sus funciones, verificar que los documentos de gestión y órganos de apoyo cuenten con la normalización respectiva.
- Documentar mediante actas las reuniones de problematización con el personal a su cargo.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BETANCOURT VELÁSQUEZ, Andrea. TUNJO LOPEZ, Martha. (2012). Desarrollo De Procesos De Acreditación En Países De Latinoamérica Y El Caribe. (Tesis Especialización en Administración en Salud Pública). Colombia: Universidad Nacional De Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.
2. CID P, SANHUEZA O. (2006). Acreditación de Campos Clínicos de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción Chile. .Revista Cubana Enfermería [online], V.22 N° 4.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192006000400010&script=sci_arttext&tlng=en. (10-02-2018).
3. CLÍNICA INTERNACIONAL. **Clínica obtiene la acreditación más exigente del mundo en salud. Perú.** 2017.
<https://larepublica.pe/salud/1074402>.
4. CUBA, V, SEDEÑO C, PÉREZ L, SÁNCHEZ A, TOLEDO E, PÉREZ M. (2011). Diseño y evaluación de un sistema de acreditación para los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios en Cuba. Revista Cubana de Farmacia. **Vol. 45, N° 3**, 389-404.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000300008. (15-02-2018)
5. DE MORAES, H. (1993). Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. Salud Pública de México. **Vol. 35, N° 3**, 248-258.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635303>
6. DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches.** Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.
www.scirp.org/.../reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID.
7. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VINALOPÓ. **Obtiene la acreditación de la JointCommission International y se une a La Red De Los Mejores Hospitales Del Mundo.** Salud Ediciones. España. (2017).
<http://www.saludediciones.com/el-hospital-universitario-del-vinalopo-obtiene-la-joint-commission-international-y-se-une-a-la-red-de-los-mejores-hospitales-del-mundo>. (citado 23/05/17).

8. GARCÍA, R. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Santiago de Chile: julio 2001, Revista médica de Chile, **Vol. 129, N° 7**, 825-826.
9. GONZÁLEZ P. (2013). Calidad de Atención de enfermería. Sociedad española del dolor. [En línea] 2004. [Citado el 29 de agosto de 2013] <http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=629>.
10. GUAJARDO Edmundo. (2003). Administración de la calidad total. (5ta.ed.).México: Pax México. 183 pp.
11. HENAO HERRERA, Ana Cristina. (2013). Beneficios resultantes del proceso de acreditación de la calidad en Salud. (Tesis Maestría). Argentina: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Económicas, Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de la Salud.
12. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO: **Informe de autoevaluación del 2013, Unidad de Gestión de la Calidad. Perú.2013.** http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/InformeAutoevaluacion_2013.pdf .(24-01-2018).
13. LUCE, JM. BINDMAN, AB. LEE, PR. (1994). Brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. , West J Med .**Vol. 3**, 263-268.
14. MINISTERIO DE SALUD. **Norma Técnica N° 050 – MINSA/DGSP-V.02. Aprobado con RM N° 456/2007/MINSA. Acreditación de Establecimientos de Salud Y Servicios Médicos de Apoyo. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad. Perú. 2007.** http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf. (12-11-2017).
15. MINISTERIO DE SALUD. **Listado de Estándares de Acreditación Para Establecimientos de Salud del nivel III-1. V02. Dirección de Calidad en Salud. Perú. 2007** http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2008/Listado_Acreditacion/Listado_Estandares_Acreditacion_ES-III-I.pdf. (12-11- 2017).
16. MINISTERIO DE SALUD. **Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.** Alta Dirección del Ministerio de Salud. Oficina General de Defensoría de la Salud y Transparencia. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Perú. 2007 <https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/2014/ponencia03>. (diciembre-2017).

17. MINISTERIO DE SALUD. **DECRETO SUPREMO N° 013-2006-SA. Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Perú.** 2014.
https://www.mef.gob.pe/.../19B_DS_N_013_2006_SA_Reglamento_de_Establecimientos(diciembre-2017).
18. NAVA, Víctor Manuel. (2005). ¿Qué es la calidad?: Conceptos, gurús y modelos fundamentales. (1ra. Ed.) México: Limusa. 184.pp.
19. OTERO, R. **Instituto técnico para la acreditación de establecimientos de salud.**Buenos Aires, Argentina. 2013. [En línea] [Citado el: 29 de Agosto de 2013.]
<http://www.itaes.org.ar/biblioteca/FlexnerCodman.pdf>. (15-11-2017).
20. PAREDES, E. (2007). Análisis del Proceso de Acreditación del Residentado Médico en el Perú, 2003-2005. Escuela de Postgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Revista Soc. Perú Med. Interna. **Vol 20 (2)**, 69-82.
21. SAAVEDRA VENEGAS, Cristian. (2014). Factores De Éxito Para La Acreditación De La Calidad En Salud: El Caso Del Hospital Exequiel González Cortes. (Tesis Maestría). Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Departamento de Ingeniería Industrial.
22. SANTACRUZ, J. **Acreditación de Hospitales y Garantía de Calidad. Organización Panamericana de la Salud/ O.M.S. Lima – Perú.**
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/actas.peru.anesthesiol/v9n1/a2.pdf>(diciembre-2017).
23. THE JOINT COMMISSION. (2013). **Joint Commission.** [En línea].
http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx. (dic-2017).

ANEXOS

Anexo:01

**MATRIZ DE CONSISTENCIA
ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, PERIODO 2013 - 2017**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	VARIABLE
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es la diferencia de los resultados del proceso de la Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son los estándares por macroprocesos de la autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud? .</p> <p>¿Cuáles son los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación período 2013 al 2017 del Hospital Regional de Loreto?.</p> <p>¿Cuáles son las diferencias identificadas de los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación, período 2013 al 2017, del Hospital Regional de Loreto?.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar las diferencias de los resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 - 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>-Identificar los estándares por macro procesos de la autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud.</p> <p>-Identificar los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación, período 2013 al 2017, del Hospital Regional de Loreto.</p> <p>-Analizar las diferencias Comparativamente de los resultados de las autoevaluaciones para la acreditación, período 2013 al 2017, del Hospital Regional de Loreto.</p>	<p>Existen diferencias entre los resultados de los procesos de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 – 2017.</p>	<p>Tipo Investigación Estudio Cuantitativo El diseño es No experimental, descriptivo comparativo, retrospectivo.</p> <p>Población y Muestra No cuenta con sujetos que conformen la población. La muestra son todos los informes de autoevaluaciones años 2013 al 2017.</p> <p>Técnicase Instrumentos de Recolección de Datos -Revisión documentaria respecto a los resultados de las autoevaluaciones realizadas. - Una Ficha de datos, que permitirá incluir los puntajes y/o porcentajes logrados por macro procesos y estándares de las autoevaluaciones, años 2013 al 2017</p>	<p>Autoevaluaciones para la acreditación del Hospital Regional de Loreto, período 2013 – 2017.</p>

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANÁLISIS DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PERIODO 2013 - 2017

DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	ESCALA DE MEDICIÓN
1) Macroprocesos Gerenciales , periodos: 2013,2014,2015, 2016 y 2017	Direccionamiento. Gestión de Recursos Humanos. Gestión de Calidad. Manejo del Riesgo de la Atención. Gestión de Seguridad ante Desastres. Control de la Gestión y Prestación	Diferencias delos resultados de las autoevaluaciones	Nominal
2) Macroprocesos Prestacionales, periodos: 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017	Atención Ambulatoria. Atención de Hospitalización. Atención de Emergencia. Atención Quirúrgica	En función de: NO aprobado. Reiniciar desde Autoevaluación (< 50%).	
3) Macroprocesos de Apoyo, periodos: 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017	Docencia e Investigación. Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Admisión y Alta. Referencia y Contra referencia. Gestión de Medicamentos. Gestión de la Información. Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización. Manejo del Riesgo Social. Nutrición y Dietética. Gestión de Insumos y Materiales. Gestión de Equipos e Infraestructura.	NO aprobado. Subsanan en 9 meses (50%-69%). NO aprobado Subsanan en 6 meses (70%-84%). Aprobado (85% omás).	

ANEXO:02

**FICHA DE DATOS SOBRE RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN
DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PERÍODO 2013-2017**

DATOS GENERALES

N°	MACROPROCESO	N° ESTÁNDAR	Criterios evaluados	2013		2014		2015		2016		2017	
				PUNTA JE	%	PUNTA JE	%	PUNTA JE	%	PUNTA JE	%	PUNTA JE	%
a)	GERENCIALES												
	Direccionamiento												
	Gestión de Recursos Humanos												
	Gestión de Calidad												
	Manejo del Riesgo de la Atención.												
	Gestión de Seguridad ante Desastres												
	Control de la Gestión y Prestación												
b)	PRESTACIONALES												
	Atención Ambulatoria												
	Atención de Hospitalización												
	Atención de Emergencia												
	Atención Quirúrgica												

N°	MACROPROCESO	ESTÁNDAR	CRITERIO	2013		2014		2015		2016		2017	
				PUNTA JE	%	PUNTA JE	%	PUNTA JE	%	PUNTA JE	%	PUNTA JE	%
C)	DE APOYO												
	Docencia e investigación.												
	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.												
	Admisión y Alta												
	Referencia y Contra referencia.												
	Gestión de Medicamentos												
	Gestión de la Información.												
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización.												
	Manejo del Riesgo Social.												
	Nutrición y Dietética.												
	Gestión de Insumos y Materiales..												
	Gestión de Equipos e Infraestructura												

Calificaciones:

NO aprobado. Reiniciar desde Autoevaluación (< 50%)

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

NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)

APROBADO (85% a más)

ILUSTRACIONES

Ilustración N° 01

EQUIPO EVALUADOR

REUNIÓN TÉCNICA- CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO



Ilustración N° 02

PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

Macroproceso: Gestión de seguridad ante desastres – Oficina COE - HRL



Ilustración N° 03

REVISIÓN DE EVIDENCIAS EN EL DPTO. DE MEDICINA

Macro proceso: Atención de hospitalización



Ilustración N° 04

REVISIÓN DE EVIDENCIAS, OFICINA DE PLANEAMIENTO

Macro proceso: Direccionamiento



Ilustración N° 05

REVISIÓN DE EVIDENCIAS, OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

Macro proceso: Gestión de Recursos Humanos



Ilustración N° 06

REVISIÓN DE EVIDENCIAS OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA



Ilustración N° 07

REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN

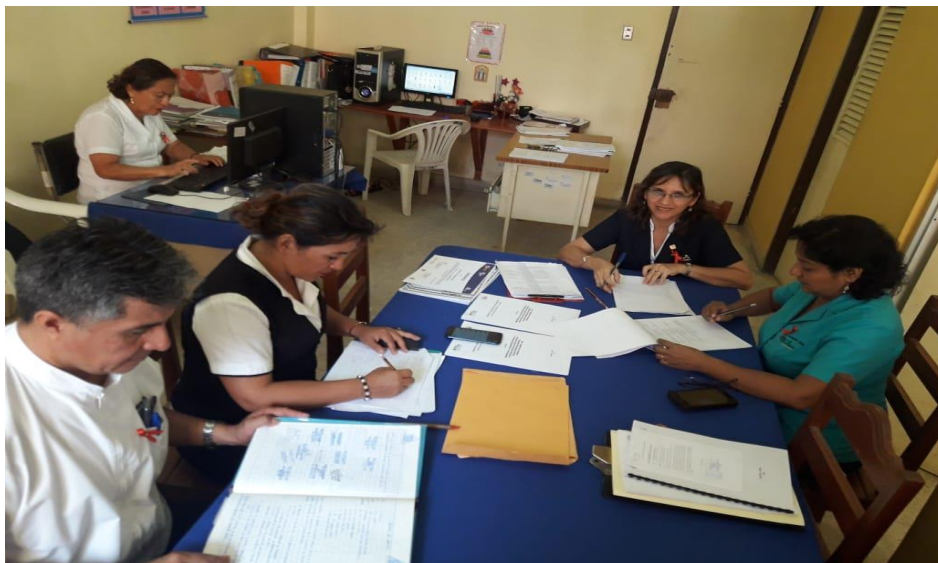


Ilustración N° 08

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS POR LIDER DE GRUPO

