Lampa, 2020 octubre 29

OFICIO Nº 0 436 -2020/DIRESA PUNO/REDESS-LAMPA/DIR-SGC.

Dirección Regional de Salud - Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO
25 NOV 2020
Hora: 13:32 Folios: 20
Central de Recepción

Señor:
M.C. WALTHER S. OPORTO PEREZ
DIRECTOR REGIONAL SALUD PUNO

Presente. -

ATENCION : DIRECCION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

ASUNTO : REMITO PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA PARA PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2020, PARA SU CONOCIMIENTO

Por medio del presente es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a su vez poner en su conocimiento que la RED DE SALUD LAMPA REMITE EL PLAN DE TRABAJO Y CONOGRAMA PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LOS 16 ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL Y 01 HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO DEL 2020. **PARA SU CONOCIMIENTO**. Con la finalidad de Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA. (Séptima Política de Calidad en Salud).

Se Adjunta:

- Plan de Trabajo Anual y el Cronograma de fechas de inicio de autoevaluación

Sin otro particular, con la seguridad de contar con su apoyo a la brevedad posible y ser atendidos, renuevo mis consideraciones de estima personal

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL PUNO
MINSA U.E. 412 - SALUD LAMPA
Mc. Holger Pavel Zavaleta Calla
MÉDICO CIRUJANO
CMP 62428
DIRECTOR

RMPL/RESP SGC
C.c. EE SS
C.c. Arch.

DIRESA PUNO
DIRECCIÓN DE CALIDAD EN SALUD
CONTROL DE RECEPCION
27 NOV 2020
Hora:..... Folio:.....
Recibido Por:.....

1418

Fecha: 27 NOV 2020
Hora:
Registro:

Dirección de Gestión de la Calidad
su atención, consideración
Fecha: 27-11-2020
Hora: 11:5
M.C. EVELYN PAOLA CHOQUE CHAVEZ
Directora Ejecutiva de Salud de las Personas
DIRESA - PUNO
CMP N° 63131

PERÚ | Gobierno Regional Puno | DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO | RED DE SALUD LAMPA
Antonio Barrionuevo N° 323-Lampa

" AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Lampa, 2020 octubre 29

OFICIO Nº 042-2020/DIRESA PUNO/REDESS-LAMPA/SGC.

RED DE SALUD LAMPA
MINSA
30 OCT 2020
REG. 4888 FOLIO 19
HORA 09:35

SEÑOR:
MC.HOLGER PAVEL ZAVALETA CALLA
DIRECTOR DE LA REDESS LAMPA

Presente. -

ATENCION : DIRESA PUNO – DIRECCION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SALUD DE LAS PERSONAS

ASUNTO : REMITO PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA PARA PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2020, PARA SU CONOCIMIENTO.

Por medio del presente es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a su vez poner en su conocimiento que la RED DE SALUD LAMPA REMITE EL PLAN DE TRABAJO Y CONOGRAMA PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LOS 16 ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL Y 01 HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO DEL 2020. **PARA SU CONOCIMIENTO**. Con la finalidad de Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA. (Séptima Política de Calidad en Salud).

Se Adjunta:

- Plan de Trabajo Anual y el Cronograma de fechas de inicio de autoevaluación

Sin otro particular, con la seguridad de contar con su apoyo a la brevedad posible y ser atendidos, renuevo mis consideraciones de estima personal

Atentamente.

RMPL/RESP.SGC
C.c. EE.SS
C.c. Arch.

MINISTERIO DE SALUD
CALIDAD
REDESS - LAMPA

Rina M. Pacori
LIC. ENFERM.
CEP 5033

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD REDESS LAMPA.

LAMPA – PUNO – PERU

2020

AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIEMIENTOS DE SALUD

I.- INTRODUCCION:

En el marco de las Política Nacional de Calidad, la Oficina de Gestión de la Calidad de la REDESS LAMPA aúna sus esfuerzos, para desarrollar actividades que tienen como objetivo final brindar servicios con calidad y seguridad a nuestros usuarios de salud.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus c omponentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como un proceso de autoevaluación y evaluación externa, periódica, 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.

La Acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.

La Autoevaluación es la primera fase del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud-PAES, que consiste en la evaluación periódica, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud. Hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para su nivel de atención.

II.- 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. Así mismo tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación.

III.- AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan será aplicado en las 17 IPRESS DE LA REDESS LAMPA que consta de 16 establecimientos de primer nivel y un Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa.

IV.- PROCESO A ESTANDARIZAR

La evaluación en sus dos fases: la Autoevaluación y la Evaluación Externa, realizada por Equipos de Evaluadores, en el marco del Proceso de Acreditación de Establecimientos de \ Salud y Servicios Médicos de Apoyo de la REDESS LAMPA.

V.- OBJETIVOS:

- Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivas, promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
- Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo de la REDESS LAMPA a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- 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

VI.-BASE LEGAL:

- Ley N° 26790, "Ley de Modernizaci6n de la Seguridad Social"
- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
- Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información "
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
- Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales".
- Ley N° 27972, "Ley Orgánica de Municipalidades"
- D. S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".

- D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el "Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009".
- R. M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el "Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales".
- R. M. N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la formulación del Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos".
- R. M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifarla en el Sector Salud".
- R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

VII.- CONSIDERACIONES GENERALES

7.1.- El proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.

El proceso de acreditación para el primer nivel de atención comprende una microrred. El proceso de acreditación comprende a un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

La Comisión de Acreditación de Servicios de Salud, la Dirección de Calidad en Salud y la Direcciones Redess y Regionales de Salud son las instancias que comparten responsabilidades para el desarrollo de la acreditación de establecimientos de salud y servicios de médicos de apoyo.

Las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control por la autoridad sanitaria a nivel regional y local.

La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

El Listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad — estructura, procesos y resultados — que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse.

La revisión de los estándares de acreditación se realizará mínimo cada tres años, la cual contará con la participación de diversos actores de la sociedad.

Los estándares de acreditación deben tener un alcance integral del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y deben estar prioritariamente enfocados en procesos, como punto central de la metodología de mejoramiento continuo y basado en el enfoque al usuario.

El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo puede solicitar asistencia técnica a las instancias regional o local para el desarrollo del proceso de acreditación.

El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.

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.

7.2.- DEFINICIONES OPERACIONALES

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones. es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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.

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

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

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Constancia para la acreditación: Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3.- DEFINICIONES OPERATIVAS

Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Evaluador Externo: es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos. Por ejemplo el macroproceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.

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

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

7.4.-. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

Recursos e Instrumentos para la Acreditación:

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías 1-1 hasta el II-1 y Servicios Médicos de Apoyo.
- La presente Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

VIII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

8.1. LA AUTOEVALUACIÓN

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 categorías I-1 hasta el II-1 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Los **pasos para la autoevaluación** son los siguientes:

a) **Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional:** los mismos que son elaborados de acuerdo a la Directiva para formulación de Planes Operativos emitidos por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud, como ente rector.

b) **Conformación del Equipo de Acreditación:** en el establecimiento de salud, microrred ó servicio médico de apoyo, público o privado, designado por la autoridad institucional, la misma que dispone su conformación. En las microrredes estará integrado por cada uno de los jefes de los establecimientos de salud de la microrred ó por quienes estos deleguen oficialmente y en los establecimientos de salud categoría I-1 hasta el II-1 y servicios médicos de apoyo, estará integrado por cada uno de los jefes de los servicios y/o departamentos del mencionado establecimiento ó por quienes estos deleguen oficialmente. El equipo de acreditación contará con un Coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. Promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del establecimiento de salud.

c) **Selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional:** aplicando los criterios de selección, se cuenta con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso. Antes

de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.

d) **Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación:** el plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en el que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento que interactuarán con los Evaluadores.

e) **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:** acción que es obligatoria y es comunicada en forma oficial por conducto regular a través de las instancias orgánicas responsables de Gestión de la Calidad, según corresponda.

f) **Ejecución del Plan de Autoevaluación:** comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluados designados con quienes deben interactuar.

g) **Presentación del Informe de Autoevaluación:** a la Autoridad Institucional para contar con el documento que servirá de referencia, por contener las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deben implementar.

h) **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones:** cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las acciones de mejoramiento continuo, las cuales deben ser medidas previamente según metodologías seleccionadas, hasta que se obtengan los niveles deseados de **igual o mayor a 85%:** en el caso que la organización obtuviera puntaje aprobatorio en la autoevaluación, se solicitará la evaluación externa a las Direcciones de Salud—DISAs, Direcciones Regionales de Salud-DIRESAs y a la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, según corresponda

8.2. CONTENIDO:

METODOLOGIA DE LA EVALUACION

El equipo de Evaluadores Internos de los establecimientos de salud utilizara diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

Verificación/Revisión de documentos: Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.

Observación: Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observe a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.

Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

Muestras: Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Auditorias: Examen que determine y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda los establecimientos de salud, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos según Nivel son aplicables 21. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas de la REDESS LAMPA.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en los 16 establecimientos de primer nivel de atención y 01 hospital Antonio Barrionuevo de la REDESS LAMPA :

N°	IViacroproceso	Estándare	Criterios
1	Direccionamento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de Caridad	4	22
4	Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Atención Ambulatoria	4	14
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Energencias	3	14
11	Atenciones Quirúrgicas-	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
5	Referencia y Contrarreferencia	2	10
6	Gestión de Medicarrentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Deseen aminación, L.inmieza, Desinfección,	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Nutrición y Dietética	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		70	342

CRONOGRAMA DE INICIO PARA LA AUTOEVALUACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REDESS LAMPA

N°	Distrito	EE.SS	PROGRAMACION DE FECHAS PARA LA AUTOEVALUACION
1	LAMPA	**ANTONIO BARRIONUEVO (LAMPA)**	**10 -13 DE NOVIEMBRE**
2	LAMPA	**P.S CHAÑOCAHUA**	**17 - 20 DE NOVIEMBRE**
3	LAMPA	**P.S HUAYTA CENTRAL**	**17 - 20 DE NOVIEMBRE**
4	LAMPA	**P.S HUAYTA TUPAC**	**25 - 27 DE NOVIEMBRE**
5	LAMPA	**P.S QUELLOQUELLO**	**10 - 13 DE NOVIEMBRE**
6	CABANILLA	**C.S CABANILLA**	**09 - 13 DE NOVIEMBRE**
7	CABANILLA	**P.S NESTOR CACERES**	**16 - 20 DE NOVIEMBRE**
8	CABANILLA	**P.S QUINSA CHATA**	**10 - 13 DE NOVIEMBRE**
9	SANTA LUCIA	**C.S SANTA LUCIA**	**07 - 08 DE NOVIEMBRE**
10	SANTA LUCIA	**P.S LAGUNILLAS**	**10-13 DE NOVIEMBRE**
11	SANTA LUCIA	**P.S PINAYA**	**13 -14 DE NOVIEMBRE**
12	PARATIA	**C.S PARATIA**	**01 - 03 DE NOVIEMBRE**
13	PARATIA	**P.S CHILAHUITO**	**27 - 29 DE NOVIEMBRE**
14	PALCA	**C.S PALCA**	**24 -27 DE NOVIEMBRE**
15	PALCA	**P.S RIVERA COYLATA**	**09-12 DE NOVIEMBRE**
16	PALCA	**P.S VILA VILA**	**19-20 DE NOVIEMBRE**
17	PALCA	**P.S CHIVAY**	**10-13 DE NOVIEMBRE**

IX.- MONITOREO Y EVALUACION:

La supervisión, ejecución, seguimiento y asistencia del plan de autoevaluación para la acreditación de los establecimientos de salud de la REDESS LAMPA. Será responsabilidad de los comités de autoevaluación de cada microred y hospital, de los jefes de establecimientos de salud y el equipo de gestión y responsable del SGC de la Red de salud Lampa.

X.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

En el presente año 2020 el Sistema de Gestión de Calidad en Salud carece de presupuesto asignado para las múltiples actividades programadas, para la cual se está coordinando con algunos programas presupuestales que en la mayoría manifiestan que no cuentan con presupuesto para coordinación de gestión de Calidad de la REDESS LAMPA. Se solitaria mediante documento a los programas presupuestales y dirección de la redes las necesidades que se tenga para el desarrollo de dichas actividades de autoevaluación de los establecimientos de salud.

XI.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AÑO 2020

RED DE SALUD : LAMPA

N°	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2019	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				Julio	Octubre	Noviembre	Diciembre		
	Línea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la **RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA.** (Septima Política de Calidad en Salud).								
1	**Conformar el Equipo** de Acreditación a nivel de Microredes y Hospital, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima **hasta mes Julio**	Dcto/RD	**1**	X				Resolución Directoral	Director Redes/Hosp y Responsable Calidad
2	Selección con RD de Evaluadores Internos , **capacitar** y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de **Julio**	Dcto/RD	**1**		X	X		RD	Equipo Calidad DIRESA-PUNO, Resonsable Redes,Hosp.
3	Elaboración y aprobación con RD del **Plan** de Autoevaluación a nivel de **Microredes y Hospital** donde se co nsigne simultaneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactuen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA **hasta mes Setiembre**	Plan /RD	**1**			X		Informe de Asistencia Técnica , Libro actas	Director Redes/Hosp/MR y Responsable Calidad
4	Comunicación del inicio de la autoevaluación ,fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta Octubre 2020.	Documento	**1**		X			Consolidado de Planes	Responsable Calidad Redes y MR/Hosp
5	**Ejecución** del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	**1**			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MR/Hosp

6	Monitoreo de la ejecución de autoevaluación	Informe	**1**			X	X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad Redes y Comité a ivel de Redes.
7	**Informe Técnico** de la Autoevaluación , por los evaluadores internos . Envía a la DIRESA en impreso y en magnético **hasta Diciembre año 2020**.	Informe	**1**				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad MR/Hosp/Redes
8	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	**1**				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad Redes y Comité a ivel de Redes.

Fuente:Dirección de Calidad en Salud-DIRESA-PUNO y Responsables de Calidad/Redes-Hosp/ /ABY.