N° 286-2022-D-RED-S-CH/AF-RR. HH./J

MINISTERIO DE SALUD

Dirección Regional de Salud Puno **RED DE SALUD CHUCUITO**

Telf. 051-554008 - 554119

Ir. Juli Nº 470 - Juli



Juli, 21 de octubre de l 2022.

VISTOS:

La hoja de tramite documentario con registro N° 5914, de fecha 18 de octubre del 2022, que contiene el C fício N° 031-2022-RED-SALUD-CHUCUITO-JULI/USA, en la cual peticiona la emisión de resolución de aprobación de plan de trabajo de autoevaluación, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que toda persona "tiene derecho a la protección de su salud, siendo que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado y que su protección y provisión es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado regular, vigilar y promover en condiciones que g tranticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de si guridad, oportunidad y calidad";

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es gondición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado egularla. vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el de cumento técnico: "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en él se establecen los conceptos, principios, políticas, objetivos, componentes y niveles del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, que han de servir de marco para el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención de salud en las entidades prestadoras del secto de nivel nacional, regional y local, con el propósito de satisfacer a los usuarios, aumentado la eficacia y la eficiencia de los procesos en el corto, mediano y largo plazo. Documento en el cual también afirma enfáticamente que son los trabajadores de la salud los reales artífices de los cambios que el Sistema de Gestión de la Calidad en Sa ud busca promover y orientar; asimismo este contiene como uno de sus principales procesos en relativo a la acreditación, que tiene por finalidad garantizar a los usuarios, que los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad, en base a estándares racionales reviamente definidos

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 703-2006/MINSA, de fecha 26 de julio del 2006, se resue ve en su artículo 1º Aprobar la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Acredi ación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que es modificada por la Resolución Ministerial 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 2007, en la cual se Aprueba el NTS Nº 050-MINSA/DGSP-

Que, la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecin ientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", tiene por finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistem i 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 racionales previamente definidos, siendo uno de sus objetivos 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 eva uación de calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, de fecha 23 de abril del 2009, se resuelve en su artículo 1°, Aprobar la "Guía Técnica de Evaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, la Guía Técnica en mención 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; Brindando elementos conceptuales sobre el proceso de acreditación, como mecanismo de gestión y evalu: ción de la

MINISTERIO DE SALUD

Dirección Regional de Salud Puno

RED DE SALUD CHUCUITO

Telf. 051-554008 - 554119 Jr. Juli Nº 470 - Juli



Resolución Directoral

Juli, 21 de octubre del 2022.

calidad en la atención. Proporcionando elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa. Estableciendo pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de Acreditación;

Que mediante Resolución Directoral Nº 222-2022-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J y Resolución Directoral Nº 223-2022-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J, se crean los equipos evaluadores internos, del Hospital "Rafael Ortiz Revines" -Juli y de las Micro Redes Molino, Zepita, Pomata y Desaguadero pertenecientes a la Red de Salud Chucuitc, Unidad Ejecutora 406, Pliego 458 Región Puno;

Que, del oficio de vistos el responsable de calidad de la Red de Salud Chucuito, solicita se emita resolición de aprobación de plan de trabajo de autoevaluación de las microrredes: Molino, Pomata, Zepita, Desaguadero y del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" - Juli, pertenecientes a la Red de Salud Chucuito, en cumplimiento de la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA "Guía Técnica del evaluado para la acreditación de establecimientos de salud y servicios de Apoyo"; adjuntando los planes de Autoevaluación 2022. presentados por el Hospital Rafael Ortiz Ravines y de las Micro Redes de la Red de Salud Chucuito;

Que, con los vistos bueno del área Funcional de Recursos Humanos, de la Dirección de Administración, de la Dirección de la Red de Salud Chucuito, por las consideraciones previamente expuestas y en uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial Nº 405-2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en salud en cada Región, las Delegaciones establecidas por la Resolución Ministeria Nº 701-2004/MINSA y las atribuciones conferidas por Ordenanza Regional Nº 012-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones y Estructura Funcional del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno; delegadas mediante Resolución Ejecutiva Regional Nº 484-2021-GR-GR-PUNO y demás normas conexas del sector salud al respecto;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- APROBAR LOS "PLANES DE AUTOEVALUACIÓN" del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" y de las MicroRedes: Zepita, Pomata, Molino y Desaguadero; correspondientes a la Red de Salud Chucuit), Unidad Ejecutora 406, Pliego 458 Región Puno; planes que como anexo forma parte integrante de la presente resolición.

ARTÍCULO 2º.- ENCARGAR al responsable de Calidad de la Red de Salud Chucuito, realice las acc ones que corresponda en cumplimiento de las normas emanadas del MINSA, Instrumentos de Gestión y demas normas conexas bajo responsabilidad.

ARTÍCULO 3º.- TRANSCRÍBASE y NOTIFÍQUESE, la presente Resolución, a las instancias administrativas correspondientes para su cumplimiento.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

2 de 2

M.C. Juan Carlos Tala



RED DE SALUD CHUCUITO HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES -JULI GESTION DE LA CALIDAD

" AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

Juli, 05 de octubre del 2022

OFICIO Nº 562 -2022/SERV-S.G.C.S.S./HOSP-ROR-JULI/RED-DE-SALUD-CHUCUITO

SEÑOR(A):

M.C. JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

06 OCT 2022

PRESENTE. -

ASUNTO:

REMITO PLAN DE AUTOEVALUCION DEL HOSPITAL R.O.R

13

ATENCION: COORDINADOR RESPONSABLE DE CALIDAD DE LA RED CHUCUITO

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y así mismo tiempo, REMITIR PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL R.O.R. JULI PARA SU DESARROLLO DEL PRESENTE AÑO Y PARA SU APROBACION CON RESOLUCION DIRECTORIAL.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones más distinguidas de mi estima personal.







GOBIERNO REGIONAL PUNO DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CHUCUITO

HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES"- JULI

2022

PLAN DE AUTOEVALUACION







APROBADO CON RD N°

COMITE DE ACRECITACION DE ESTABLECIMEINTOS DE SALUD

- M.C. EVEN GREG CHIRINOS COAGUILA
- MVZ CARLOG R. AJALLI SARMIENTO
- TEC. ENF. J. ANGEL FLORES AÑAMURO
- LIC, EMF. JUANA PILCO MONROY
- OBST. AUREA TATIANA QUISPE COF NEJO
- ➤ M.C. JULIO CESAR BAILON ARUHUANCA
- C.D. MICHELL D. MAMANI CAHUATA
- > BLGA, ROX/ NA LUQUE ARA
- > Q.F. CARMEN CHURA YAPUCHURA
- LIC. ENF. SANDRA I. FLORES QUISPS

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES" – JULI 2022

I. INTRODUCCIÓN

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), 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 co no uno de sus componentes 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 estandares 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 me as previstas.

La evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar a evaluador, tiene un alance integral de la institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRE3S) y están enfocadas a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de que se encargara de ejecutar este primer paso, en mira: de obtener el objetivo principal el de ubicar al Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli entre las IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.



La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que se debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:



- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud
 permanente de respeto e integración entre los involucrados en el proceso eval rativo.
 Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo es un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a si mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de empoderamiento, car aces de construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.
- El Hospital Rafel Ortiz Ravines Juli, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que el Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, cuente con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector, el Ministerio de Salu I a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N° 050-2007-

MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-2009/MINSA; Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, estos documentos tienen por finalidad:

- Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
- 2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para caca uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, en contexto se elabora el presente, Plan para su implementación.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

 Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obleniendo evidencia relevante respecto al desempeño del Hospital Rafel Ortiz Ravines Juli, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incorporar a la gestion del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificacios en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.L. N° 1161 "Decreto Legislativo que prueba la Ley 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 Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D.S. №007-2006-SA, que modifico el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios
 Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- resolución ministerial N° 270/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servícios médicos de apoyo"



El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas que constituye la institución, para lo cual los evaluadores internos implementan el proceso establecido en el presente documento.

VII. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores del Hospital Rafel Ortiz Ravines de Juli, utilizara diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

 Verificación documentaria: constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.



- 2. **Visita a Unidades**: Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
- 3. Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de loes estàndares de calidad.
- 4. Trazado de paciente: Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha segui lo el paciente en la institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIIL- METODOLOGIA



1era fase: La autoevaluación se realizará a partir de La experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los servicios de salud del hospital II-1 de la RED DE SALUD CHUCUITO, siguiendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso
- Comunicar oficialmente el ínicio de la autoevaluación a los jefes de los diferen es servicios.

2da fase: ejecución de autoevaluación, se atravesará los siguientes momentos.

- Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, e
 personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y
 objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.

- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todo el servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débites y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos los resultados preliminares.

3ra fase: preparación y entrega del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macroprocesos, común lapso de 30 dias.
- Posterior a ello el equipo evaluador realizar el 2do monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de SEIS meses se realizará la autoevaluación en si, la misma que se informará a puno, por lo tanto, se realizará.
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de todos los servicios o áreas del
 establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar
 el grado en que lo criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus
 puntos de vista y explicaciones al respecto.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.
 Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA puno, para que continúe con el proceso de acreditación, de lo contrario se aplicara una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.



VIII. RESPONSABILIDADES

- El presente plan de seguridad del paciente en el hospital "Rafael Ortiz Ravines' Juli.es de cumplimiento de los jefes y/o responsables, personal asistencial del hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- Comité de seguridad del paciente del "Rafael Ortiz Ravines" Juli
- La oficina de gestión de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2022:

- Conformar el Equipo de Acreditación del Hospital, con documento resolutivo Directoral.
 Fecha máxima hasta afines de noviembre
- Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta afines de noviembre
- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Hospital clonde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta afines de noviembre
- Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta noviembre 2022.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la ejecución de autoevaluación.
- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Director del hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli
- Responsable de SGCS del hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli
- Equipo de acreditación de establecimientos del hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

Director del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"



equipo de acreditación de establecimientos del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"

COMITE DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- M.C. EVEN GREG CHIRINOS COAGUILA
- MVZ. CARLOS R. AJALLI SARMIENTO
- > TEC. ENF. J ANGEL FLORES ANAMURO
- LIC, ENF. JUANA PILCO MONROY
- > OBST. AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO
- > M.C. JULIO CESAR BAILON ARUHUANCA
- C.D. MICHELL D. MAMANI CAHUATA
- BLGA, ROXANA LUQUE ARAOZ
- Q F. CARMEN CHURA YAPUCHURA
- > LIC. ENF. SANDRA I. FLORES QUISPE
- Responsable de SGCS del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"
- Jefes y/o responsables de los servicios del hospital "Rafael Ortiz Ravines"

Recursos Materiales



Cantidad	Unidad	Description	
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm	
12	unidad	fastener	
12	Unidades	fólderes A-4	
06	Unidades	lapiceros azules	
01	unidad	mota	
02	millar	papel bond A-4	
01	Unidad	Pizarra acrilica	
03	unidades	plumones para pizarra acrilica	
01	Unidad	toner para impresora HP laser 17 A	
500	unidades	Vale de fotocopia	

Servicios

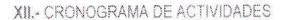
cantidad	Unidad	Descripción
12	Unidades	anillados
500	Unidades	Copias de formatos de lista de estandares de acreditacion, anexo (8)

Activo fijo

cantidad	Unidades	descripción
01	Unidades	Equipo de cómputo con CPU, monitor, estabilizador y lectora.
01	Unidades	impresora

XI.- EJECUCIÓN

Se realizará de octubre a noviembre del 2022







CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

3	COMPONENTE LINEAS DE ACCION GRITERIOS Y	8 H	M AS			CRONOGRAMA. TRIMESTRAL	·	¥	
2	ACTIVIDADES	<u> </u>	2013	2000		999999 9000000 3000000	2		
	Linea de Acción 4. Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la RM Nº 456-2007/MINSA y RM Nº 270-2009/MINSA. (Septima Política de Calidad en Salud).	evaluación e Calidad e	del proces n Salud).	o de A	Acredita	ción de E	stablecii	mientos de Salud.	Bajo la RM N° 456.
V	Conformar el Equipo de Acreditación a nivel de Hospital, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta afines de noviembre	Dcto/RD	V		×			Resolución Directoral	Director Hosp y Responsable Calidad
C4	Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta afines de noviembre	Dalo/RD	A		×			2	Equipo Calidad DIRESA- PUNO, Resonsable Redes, Hosp.
60	Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Hospital donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/area/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta afines de noviembre	Plan /RD	-		×			Asistencia Tecnica , Libro actas	Director Hosp/ Responsable Calidad
-27	Comunicación del ínicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta afines de noviembre del 2022.	Documento	general.			×		Consolidado de Planes	Responsable Calidad Redes y /Hosp
10	Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	¥			×		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MR/Hosp

Informe Tecnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y Informe 1 en magnético hasta diciembre año 2022. Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes Informe 1 Lubro actas. Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes Informe X Informe
Thomas and the second s
88
88
Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022. Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.







TRAMPIE DOCUMENTAFAO

11 AGO 2022

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"

Desaguadero, 07 de Agosto del 2022.

OFICIO Nº 104 - 2022/GR-DIRESA-PUNO/RED SChJ-CSD.

Señor:

Dr. JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD CHUCUITO JULI.

Atencion:

RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA DE CALIDAD DE LA REDESS CHUCUITO-

JULI

Desaguadero.-

ASUNTO: REMITO EL PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED DESAGUADERO 2022

Al saludarlo cordialmente permítame dirigirme a usted y a su vez, REMITO EL PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION INTERNA DE LA MICRORED DESAGUADERO-2022.

Sin otro particular, me suscribo a Usted, reiterándole mis más distinguidas consideraciones de mi estima personal.











PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED DESAGUADERO 2022









PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED DESAGUADERO 2022

COMITÉ:

- M.C. EMERSON AQUINO CONDORI (jefe de la M.R. DESAGUADERO)
- OBST. Mery Luz SANCHEZ CONDORI (jefa del servicio de obstetricia)
- Lic. Magali CASTAÑON CALDERON (jefa del servicio de enfermeria)
- O Lic. Enf. ESPERANZA AGUILAR ALANOCA (jefa del servicio de asistencia)
- Tec. Enf. Gladys N. CHAVEZ QUISPE (unidad de aseguramiento).
- M.C. ABRAHAM TORREZ ARUQUIPA (control de calidad).
- o Tecn Enf. JULIO MAMANI FLORES (jefe del servicio de admision).
- o Tecn. Enf. WILLIAMS PILCO GARCIA (responsable de referencias y contrarf).
- O Q.F. MADELEY GUILLERMO CCORI (jefa del servicio de farmacia)
- Tecn.Enf. MARCO A. CACERES LLANOS (responsable de información)
- o JESUS DELGADO CRUZ (responsable del servicio de limpieza)
- Psic. ERNESTO PILCO MAMANI (jefe del servicio de psicologia)
- Tec. Adm. RICARDO RODRIGUEZ ASCENCIO (jefe del servicio de patrimonio).
- C.D. LUIS PONCE BUTRON (c.s. huacullani I-3)
- o Tecn. Enf. JOEL ORTEGA CHIQUI (p.s. huacasuma I-1)
- o C.D. MARIO AGUILAR TURPO (p.s. pichupichuni aurincota I-1)
- M.C. YAJAIRA BASILIO FLORES (p.s. callaza I-2).
- M.C. KEVIN TUCO CRISPIN (C.S. KELLUYO).
- o Tecn WALTER CALISAYA (p.s. TULACOLLO)
- OBST. LUCY ANCALLE (p.s. TOTOROMA).
- OBST, LIZ ARACA (p.s. CHACOCOLLO).
- OBST. BLIMA Y. SARAVIA VELASQUEZ (C.S. PIZACOMA)
- Tecn. Enf. EDGAR MAQUERA TICONA (P.S. ALTO LLALLAGUA)
- Obst. MARISOL HANCCO QUISPE (P.S. BAJO LLALLAGUA).



PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED DESAGUADERO 2022

I. INTRODUCCIÓN

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), 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 componentes 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 evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alance integral de la institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocadas a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de que se encargara de ejecutar este primer paso, en miras de obtener el objetivo principal el de ubicar al Centro de Salud Desaguadero I-4 entre las IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.





REDESS CHUCUITO - JULI MICRORED DESAGUADERO

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que se debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:

- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud permanente de respeto e integración entre los involucrados en el proceso evaluativo.
 Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo es un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de empoderamiento, capaces de construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.
- El Centro de Salud Desaguadero I-4, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que el Centro de Salud Desaguadero I-4, cuente con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector, el Ministerio de Salud a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-2007-MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-







2009/MINSA; Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, estos documentos tienen por finalidad:

- Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
- 2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, en contexto se elabora el presente, Plan para su implementación.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

 Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño del Centro de Salud Desaguadero I-4, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incorporar a la gestión de la Microred Desaguadero, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.



BASE LEGAL

٧.

- Ley N°26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.L. N° 1161 "Decreto Legislativo que prueba la Ley 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 Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D.S. N°007-2006-SA, que modifico el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios
 Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

VI. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas que constituye la institución, para lo cual los evaluadores internos implementan el proceso establecido en el presente documento.

VII. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores de la Microred Desaguadero, utilizara diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

 Verificación documentaria: constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.







- 2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
- 3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de loes estándares de calidad.
- 4. **Trazado de paciente**: Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIII.- METODOLOGIA

<u>1era fase:</u> La autoevaluación se realizará a partir de La experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los establecimientos de salud de la Micro red Desaguadero, siguiendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso
- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación a los jefes de los diferentes servicios.

2da fase: EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN. se atravesará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.





- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todo el servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos los resultados preliminares.

3ra fase: preparación y entrega del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macroprocesos, común lapso de 30 días.
- Posterior a ello el equipo evaluador realizar el 2do monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de SEIS meses se realizará la autoevaluación en sí, la misma que se informará a puno, por lo tanto, se realizará.
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de todos los servicios o áreas del establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que lo criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.
 Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA puno, para que continúe con el proceso de acreditación, de lo contrario se aplicara una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.





- El presente plan de seguridad del paciente en la MICRORED DESAGUADERO, es de cumplimiento de los jefes y/o responsables y personal asistencial.
- Comité de seguridad del paciente en la en la MICRORED DESAGUADERO.
- La oficina de gestión de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2021:

- Conformar el Equipo de Acreditación de los establecimientos de salud de la Microred
 Desaguadero, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Agosto
- Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de Agosto
- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de la Microred Desaguadero, donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a Red de Salud Chucuito hasta mes Setiembre
- Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito hasta octubre 2022.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la ejecución de autoevaluación.
- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Jefe de Microred Desaguadero.
- Jefe(a) del servicio de enfermería de la microred desaguadero.
- Jefe(a) del servicio de Obstetricia de la microred desaguadero.
- Jefe(a) del servicio de asistencia (RR.HH.) de la microred desaguadero
- Jefe(a) de la unidad de aseguramiento (SIS) de la microred desaguadero.
- Jefe(a) de servicio de referencias de la microred desaguadero.



- Jefe(a) de servicio de farmacia de la microred desaguadero.
- Jefe(a) del servicio de patrimonio de la microred desaguadero.
- Jefe(a) del servicio de admisión de la microred desaguadero.
- Equipo de acreditación de establecimientos de la Microred Desaguadero (jefaturas).

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

- M.C. EMERSON AQUINO CONDORI (jefe de la M.R. DESAGUADERO)
- OBST. Mery Luz SANCHEZ CONDORI (jefa del servicio de obstetricia)
- Lic. Magali CASTAÑON CALDERON (jefa del servicio de enfermeria)
- Lic. Enf. ESPERANZA AGUILAR ALANOCA (jefa del servicio de asistencia)
- o Tec. Enf. Gladys N. CHAVEZ QUISPE (unidad de aseguramiento).
- M.C. ABRAHAM TORREZ ARUQUIPA (control de calidad).
- Tecn Enf. JULIO MAMANI FLORES (jefe del servicio de admision).
- Tecn. Enf. WILLIAMS PILCO GARCIA (responsable de referencias y contrarf).
- Q.F. MADELEY GUILLERMO CCORI (jefa del servicio de farmacia)
- Tecn.Enf. MARCO A. CACERES LLANOS (responsable de informacion)
- JESUS DELGADO CRUZ (responsable del servicio de limpieza)
- Psic. ERNESTO PILCO MAMANI (jefe del servicio de psicologia)
- Tec. Adm. RICARDO RODRIGUEZ ASCENCIO (jefe del servicio de patrimonio).
- C.D. LUIS PONCE BUTRON (c.s. huacullani I-3)
- Tecn. Enf. JOEL ORTEGA CHIQUI (p.s. huacasuma I-1)
- C.D. MARIO AGUILAR TURPO (p.s. pichupichuni aurincota I-1)
- M.C. YAJAIRA BASILIO FLORES (p.s. callaza I-2).
- M.C. KEVIN TUCO CRISPIN (C.S. KELLUYO).
- Tecn WALTER CALISAYA (p.s. TULACOLLO)
- OBST, LUCY ANCALLE (p.s. TOTOROMA).
- O OBST. LIZ ARACA (p.s. CHACOCOLLO).
- OBST. BLIMA Y. SARAVIA VELASQUEZ (C.S. PIZACOMA)
- Tecn. Enf. EDGAR MAQUERA TICONA (P.S. ALTO LLALLAGUA)
- Obst. MARISOLO HANCCO QUISPE (P.S. BAJO LLALLAGUA).



Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
04	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
24	unidad	Fastener
35	Unidades	fólderes A-4
16	Unidades	lapiceros azules
05	millar	papel bond A-4
03	Unidad	toner para impresora HP laser 17 A

Activo fijo

cantidad	Unidades	descripción
01	Unidades	Equipo de cómputo con CPU, monitor, estabilizador y lectora.
01	Unidades	Impresora

XI.- EJECUCIÓN

Se realizará de Agosto a Diciembre del 2022

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

REDESS CHUCUITO - JULI

ů.	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 1	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL	TRIMESTRAL	FUENTE	RESPONSABLE
	Linea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la RM Nº 456-2007/MINSA y RM Nº 270-2009/MINSA. (Septima Política de Calidad en Salud).	roceso de Acredit	tación de Estable	cimientos de Salu	d. Bajo la RM N°	456-2007/MINSA y RM	N° 270-2009/MINSA. (Septima
~	Conformar el Equipo de Acreditación a nivel de Microred Desaguadero, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Agosto	Dcto/RD	· No.	×		Resolución Directoral	Jefe de Microred / Resp. De 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 Agosto	Dcto/RD	~	×		Resolución Directoral	Equipo Calidad
က	Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Microred Desaguadero donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta mes Setiembre	Plan /RD	~	×		Informe de Asistencia Técnica, Libro actas	Jefe de Microred / Resp. De Calidad
4	Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito - Juli hasta Octubre 2022.	Documento	-		×	Consolidado de Planes	Responsable Calidad MCR Pomata
5	Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	-		×	Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MCR Pomata
ဖ	Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito - Juli en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022.	Informe	~		×	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /MCR Pomata
7	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	-		×	Libro actas, Informe	Libro actas, Informe Responsable Calidad





CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable Por Sub	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Responsables evaluados			SELIEMBRE		7				
Equipo	v.			Σ	¬	>	_	≥ :	Σ	,	>	တ
				6 7 8	თ	10	13	14	15	16	17	9
M.C.	Direccionamiento	M.C. EMERSON AQUINO CONDORI	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO	×								
EMERSON	Gestión de recursos Humanos	Lic. Enf. ESPERANZA AGUILAR ALANOCA	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO	×								
AQUINO	Gestión de la Calidad	M.C. EMERSON AQUINO CONDORI	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO	×								
CONDORI	Manejo del riesgo de atención	Lic. Enf. MAGALI CASTAÑON CALDERON	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO	×								
	Emergencias y desastres	Lic. Enf. MAGALI CASTAÑON CALDERON	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO	×								
	Control de la gestión y prestación	Tec. Enf. Gladys N. CHAVEZ QUISPE	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO									
Lic. Enf. MAGALI	Atención ambulatoria y Atención Extramural		EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO		×							
CASTAÑON CAI DERON	Atención de emergencias	Lic. Enf. MAGALI CASTAÑON CALDERON	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO		×							
IONITOREO D	MONITOREO DE LA EJECUCUÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN	LUACIÓN				×						
LIC. ENF.	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. ABRAHAM TORREZ ARUQUIPA	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO			×						
ESPERANZA	Admisión y alta	Tecn Enf. JULIO MAMANI FLORES	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO				×					
AGUILAR	Referencia y Contra referencia	Tecn. Enf. WILLIAMS PILCO GARCIA	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO				×					
ALANOCA	Gestión de medicamentos	Q.F. MADELEY GUILLERMO CCORI	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO				×					
	Gestión de la Información	Tecn. Enf. MARCO A. CACERES LLANOS	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO					×				
	Esterilización, lavandería y limpieza	JESUS DELGADO CRUZ	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO					×				
	Manejo de riesgo Social	Psic. ERNESTO PILCO MAMANI	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO						×			
OBST MERY LUZ SANCHEZ CONDORI	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. RICARDO RODRIGUEZ ASCENCIO.	EE SS de la MICRORED DESAGUADERO	(0)						×		
OBST. MERY LUZ SANCHEZ CONDORI	Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Adm. RICARDO RODRIGUEZ ASCENCIO.	EE.SS. de la MICRORED DESAGUADERO								×	×





REDESS CHUCUITO - JULI MICRORED DESAGUADERO

EQUIPO DE EVALUACIÓN

SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN:

MVZ. Carlos Richard Ajalli Sarmiento

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	
M.C EMERSON AQUINO	Direccionamiento	M.C. EMERSON AQUINO CONDORI (jefe de la	
CONDORI	Gestión de recursos Humanos	M.R. DESAGUADERO)	
	Gestión de la Calidad	OBST. Mery Luz SANCHEZ CONDORI (jef i del	
	Manejo del riesgo de atención	servicio de obstetricia)	
	Emergencias y desastres	Lic. Magali CASTAÑON CALDERON (jefa del	
	Control de la gestión y prestación	servicio de enfermeria)	
Lic. Enf. MAGALI CASTAÑON	Atención ambulatoria	OBST. Mery Luz SANCHEZ CONDORI (jef i del	
CALDERON	Atención de emergencias	servicio de obstetricia) Lic. Magali CASTAÑON CALDERON (jefa del servicio de enfermeria)	
M.C. ABRAHAM TORREZ	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	Lic. Enf. ESPERANZA AGUILAR ALAN CA	
ARUQUIPA	Admisión y alta	(jefa del servicio de asistencia)	
	Referencia y Contrarreferencia	Tec. Enf. Gladys N. CHAVEZ QUISPE (ur dad	
	Gestión de medicamentos	de aseguramiento).	
	Gestión de la Información	M.C. ABRAHAM TORREZ ARUQUIPA (cc ntrol	
	Esterilización, lavandería y limpieza	de calidad).	
	Manejo de riesgo Social	Tecn Enf. JULIO MAMANI FLORES (jef∈ del servicio de admision).	
		Tecn. Enf. WILLIAMS PILCO GAFCIA	
		responsable de referencias y contrarf).	
		Q.F. MADELEY GUILLERMO CCORI (jefi del servicio de farmacia)	
		Tecn.Enf. MARCO A. CACERES LLA VOS	
		(responsable de informacion)	
		JESUS DELGADO CRUZ (responsable del	
		servicio de limpieza)	
		Psic. ERNESTO PILCO MAMANI (jefe del	
		servicio de psicologia)	
OBST. MERY LUZ SANCHEZ CONDORI	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. RICARDO RODRIG JEZ ASCENCIO.	
OBST. MERY LUZ SANCHEZ CONDORI	Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Adm. RICARDO RODRIG JEZ ASCENCIC.	





DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO RED DE SALUD CHUCUITO



"Año del fortalecimiento de la soberanía nacional"

uli-1725 ada thiro del 2032 en la Reo

25 JUL 2022

OFICIO N° 095-2022- CS ZEPITA /RED CHUCUITO JULI

SEÑOR

: M.C. JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

ASUNTO

: REMITE PLAN DE AUTOEVALUACION AÑO 2022 DE LA MICRORED ZEPITA

ATENCION

: COORDINACION DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

Mediante el presente me dirijo a usted, para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo
REMITIR EL PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION MICRORED ZEPITA, para el cumplimiento de
la ficha N°24 Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud
y los estándares de calidad en la atención de salud de CONVENIOS DE GESTION.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones más distinguidas de mi estima personal.

Atentamente,

Cc.Arch.

RED DE SALUD CHUCUITO

Sistema de Gestión de Calidad

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION MICRORED ZEPITA AÑO 2022



ELABORADO POR:

Lic. Enf. Jenny Valdivia Cayllahua Responsable de sistema de gestion de la calidad en salud Y comite de Acreditacion

Zepita - 2022

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION INTERNA DE LA MICRORED ZEPITA AÑO 2022

I. INTRODUCCION

La acreditación es uno de los procesos mas importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad, de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los Establecimientos de Salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidad para brindar prestaciones de Calidad sobre la base del cumplimiento de estándares previamente definidos, y que esta 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 medico de Apoyo. La condición de acreditado se otorga por resolución del Gobierno Regional. En la actualidad el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad, está desarrollando una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud la cual está siendo previamente sometida a validación en todos los sub. Sectores prestadores del sector salud, esta propuesta contiene cuatro características: (1)el proceso de acreditación, (2) el modelo organizativo,(3) la delegación de la función de decisión, (4) estándares diferenciados.

El sistema de gestión de calidad, plantea impulsar procesos de Mejora de la Calidad en los Establecimientos de Salud del sector; en ese sentido el Ministerio de Salud a través de la garantía de la Calidad y acreditación, ha conducido todo un proceso de convergencia sobre un conjunto de situaciones esperadas respecto de la mejora en la prestación de los servicios de Salud. Ello ha permitido la articulación y homogenización de atributos de la Calidad.

En este marco, se han desarrollado metodologías y herramientas que nos permitan realizar procesos periódicos de auto evaluación, conducentes poner en marcha procesos de mejora de la calidad orientados a alcanzar los Estándares de Calidad planteados, que tienen como propósito Impactar en la Satisfacción de las necesidades y expectativas de la población.

Para el logro de dicho objetivo el equipo de Calidad puedan evaluar e identificar las brechas entre la Calidad esperada (estándar y la realidad del Establecimiento, lo que después del análisis orientara a los equipos de Salud a plantear procesos de Mejora continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

Siendo el objetivo del sistema, mejorar la calidad de los Servicios, Recursos y tecnología del sector salud a través de la Generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades del usuarios externos e Internos.

La garantía de la calidad es uno de los pilares de la atención con calidad en consecuencia los desempeños de los establecimientos de salud deberían de ajustarse a los estándares previamente conocidos.

Las expectativas de los usuarios se traducen en una necesidad a veces de vida o de muerte, por ello la oferta de los servicios de salud deben de responder plenamente a la demanda y algo mas según los principios de la calidad.

Es una responsabilidad ineludible de los Directores y Jefes responsables de los establecimientos de salud hasta el nivel más alto de asumir, el compromiso de proveer y disponer todos los recursos necesarios a los servicios de salud.

La experiencia de la acreditación apertura una oportunidad de conocer los estándares y se convierte en ayuda memoria permanente en el que hacer sanitario. Por ende el proceso de Acreditación requiere de una primera Autoevaluación, con el objeto de generar una línea de partida para la mejora continua.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Efectuar la evaluación interna de las IPRESS del ámbito de la Microred Zepita, como fase inicial del proceso de acreditación, en base al Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con categoría I-3,I-2,I-1 para determinar su nivel de cumplimiento en cada Macroproceso e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comunicar oficialmente el inicio de la Autoevaluación de las IPRESS del ámbito de la Microred Zepita a la Red de salud Chucuito y la DIRESA de PUNO y a los responsables de las áreas o servicios a ser evaluados por cada Macroproceso.
- Ejecutar el plan de autoevaluación de acuerdo a los Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo, recurriendo a la interacción con los responsables de las áreas o servicios, a las fuentes auditables de cada macroproceso y al usuario externo del establecimiento.
- Presentar el Informe Técnico de Autoevaluación que ha de contener las conclusiones de la evaluación interna así como las respectivas recomendaciones.
- Aplicar una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados de igual o mayor a 85%, en cuyo caso se solicitará la evaluación externa a la DIRESA Puno.

IV. ALCANCE

El presente plan de Autoevaluación se aplica a todas las UPSS de las IPRESS del ámbito de la Microred Zepita, de acuerdo a cada Macroproceso.

V. BASE LEGAL

- 1. Ley Nº 26790 "Ley de Modernización de Seguridad social"
- 2. Ley Nº 26842 "Ley General de Salud"
- 3. Ley Nº 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- 4. Ley Nº 27783 "Ley de Bases de la Descentralización"
- 5. Ley Nº 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Publica".
- Ley Nº 27813 "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
- 7. Ley № 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales"
- 8. Ley Nº 27972 "Ley Orgánica de municipalidades"
- 9. D.S. Nº 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud.
- 10. D.S Nº 013-2006-SA, Que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de servicios Médicos de Apoyo".

- 11. Resolución Presidencial Nº 026- CND-P-2005, que aprueba el "Plan de transferencia sectorial de Quinquenio 2005-2009"
- 12. R.M.N° 616 2003 SA/DM, que aprueba el "Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales".
- 13. R.M. Nº 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la Formulación del reglamento de Organización y Funciones de los Institutos".

VI. METODOLOGIA

1era Fase: La auto evaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de las UPSS de las IPRESS del ámbito de la MICRORED ZEPITA Siendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan.
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada Macroproceso.
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada Macroproceso.
- Comunicar oficialmente el inicio de la Autoevaluación a los Jefes de las IPRESS y responsables de las upss.

2da Fase: Ejecución del Proceso de Autoevaluación. Se atravesará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de Auto evaluación con asistencia del Equipo en pleno, el personal del Servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la Acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada Estándar es leído, comprendida e interpretada con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.
- Observación de la Interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todo el servicio o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al finalizar los evaluadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la Calidad.
- Cierre del acto de la Evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos de trabajo los resultados preliminares.
- El presente Plan con las especificaciones designadas se ejecutará en las siguientes IPRESS
 - IPRESS ZEPITA
 - IPRESS ALTO AYRIHUAS
 - IPRESS ALTO PATACOLLO
 - IPRESS ALTO PAVITA
 - IPRESS ANCOPUTO
 - IPRESS BAJO PAVITA
 - IPRESS IZANI
 - IPRESS MOLINO KAPIA
 - IPRESS PARCO PATACOLLO
 - IPRESS SICUYANI

- IPRESS TASAPA PATACOLLO
- IPRESS VILLA CHIMU

3ra Fase: Preparación y entrega del Informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes Macroprocesos, con un lapso de 30 días.
- Posterior a ello el equipo evaluador volverá a realizar el 2do Monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de SEIS meses se realizará la Autoevaluación en si, la misma que se informará a la RED de salud Chucuito.
 - Efectuar la Reunión de Cierre con las Jefaturas de todos los Servicios o áreas del establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.
 - Acordar en la reunión la fecha de entrega del Informe Técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
 - Presentar el Informe Técnico de Autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

Si en la Autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA Puno, para que continúe con el proceso de Acreditación, de lo contrario se aplicará una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN MICRORED ZEPITA AÑO 2022

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	7	JULIO		N L	SETIEMBRE	מצ											Z	NOVIEMBRE/DICIEMBRE	<u>S</u>	BKE	ĕ	N N	88	11
	Comité de		Σ			-	-		Σ	- V	2	-	-	-		>		2	-	-	Σ	Σ	>		-
Reuniones del equipo evaluador para la	autoevaluación	-	-	2	0	0	0		-	4	2	2	2	2	2	n	0	0		0		_	4-	N	2
elaboración del Plan y designación del evaluador líder.		ω ×	თ ×	w	ഹ				4		70 TO THE RESERVE TO										υ υ	9	00	∞	,
Designación de responsables por cada Macroproceso.	Comité de autoevaluación				×		-	E-cryp open									-		-		-		ļ		
Presentación del Plan a la Dirección.				×	×	-			-	1	-	-	-	-	-		-	-		ļ	-	<u> </u>	+	 	-
Reunión de Trabajo Con El Equipo Evaluador, Análisis Del Listado De Estándares de Acreditación.	Comité de autoevaluación					×			-		-							-				<u> </u>			
Comunicación a Jefes de Servicio, personal del inicio de la Autoevaluación	Comité de autoevaluación			***********			×								-							Constant unit			Ĭ
MACROPROCESOS			e e tatal		-	etnis K							-	-			_			-	_	SHIP			-
Direccionamiento	Lic. Antonia	100 C + ha					×							-	-		L		-	-			ļ		-
Gestión de recursos Humanos	Figueroa						×		-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-		-		-	-
Gestión de la Calidad	Kamos/M.C.					-		×	-	-	-	-	-		-	-	ļ	1	-	-	-		-	-	-
Manejo del riesgo de atención	Pariapaza			1			×	J	-	-					ļ		-		-		-	-	-	-	-
Emergencias y desastres	Condori		12-5411		Compa	4-20-0			-	-	-					DOM:	-				-		-	1000	
Control de la gestión y prestación						-	imes.	><		-	-	1	1		ļ	-	-	-		-	-	-		-	-
MONITOREO DE LA EJECUCIÓN DE AUTOEEVALUACIÓN					in the second			×				-		-	-		-				-	-			-
Atención ambulatoria	C.D. Maria						+	+	×		-	-	-	+	-	-	4	-	+-		-	-		-	-
Atención de Hospitalización	Elena CHAVEZ								×	×		-	-	-	<u> </u>		-		-	-	-	-	-		-
Atención de emergencias	Obst Ledv					-				×		-			-				-						
Docencia e Investigación-Capacitación	(5)										×			_			_			-	-	-	_		

Atención quirúrgica	ALATRISTA ORTEGA	×
Apoyo a Diagnostico y tratamiento		×
Admisión y alta	QF, Euclides	×
Referencia y Contrarreferencia	MAMANIVAIO	×
Gestión de medicamentos	Maria CHOQUE	×
Gestión de la Información	RIOS/Lic.	*
Esterilización, lavandería y limpieza	Consuelo	×
Manejo de riesgo Social	COACALLA	×
Manejo de nutrición de pacientes.		×
Gestión de insumos y materiales	Lic. Antonia FIGUEROA RAMOS	×
Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Antonia FIGUEROA RAMOS	×
Procesamiento de Datos	Comité de autoevaluación	×
Elaboración de Informe preliminar	Comité de autoevaluación	×
Entrega del Informe Técnico	Responsable de SGCS	×
INICIO DE LA AUTOEVALUACION II PERIODO		×
Análisis de resultados	Responsables	×
Elaboración del informe preliminar	de cada equipo de evaluadores	×
Presentación del informe preliminar		
Revisión Corrección del informe	Responsables de cada equipo de evaluadores y Jefaturas	×

	7.7.1	
	-	
	×	
	×	-
	-	-
	r	- day
	1000	
	-	
	-	diff.es
		-
		-
1	01	
1	de	
	ble	
	Sa	
	No	S
-	esp	GC
-	K	S
The real party lies		
Section of the last		
1		
The state of the last of		
-		
Acres de contra	8	
Section 40	CU	
	0	
Section 2	me	
of the last	orn	
-	Ĭ	
1	0	
The state of the s	9	
1	eg.	
	- Section	
1	Ш	

Líder del Equipo de Evaluadores: Lic. Jenny Valdivia Cayllahua

VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos
	Direccionamiento	JEFES DE IPRESS Y
	Gestión de recursos Humanos	RESPONSABLES DE UPSS
	Gestión de la Calidad	
Lic.Enf. ANTONIA	Manejo del riesgo de atención	
FIGUEROA RAMOS	Emergencias y desastres	
	Control de la gestión y prestación	
	Atención ambulatoria	
M.C. LUZ MARINA	The state of the s	JEFES DE IPRESS Y
PARIAPAZA CONDORI	Atención de Hospitalización	RESPONSABLES DE UPSS
FARIAFAZA CONDORI	Atención de emergencias	KLOFONOABLES DE 01 00
	Docencia e investigación- Capacitación	
	Atención quirúrgica	
	Apoyo a Diagnostico y tratamiento	JEFES DE IPRESS Y RESPONSABLES DE UPSS
	Admisión y alta	
	Referencia y Contrarreferencia	
Q.F. EUCLIDES QUISPE	Gestión de medicamentos	
MAMANI	Gestión de la Información	
	Esterilización, lavandería y limpieza	
	Manejo de riesgo Social	
LIC. CONSUELO MURILLO COACALLA	Manejo de nutrición de pacientes.	JEFES DE IPRESS Y RESPONSABLES DE UPSS
OBST. LEDY ALATRISTA	Gestión de insumos y materiales	JEFES DE IPRESS Y
ORTEGA		RESPONSABLES DE UPSS
LIC. ANTONIA FIGUEROA RAMOS	Gestión de equipos e infraestructura	JEFES DE IPRESS Y RESPONSABLES DE UPSS

IX. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

RECURSOS MATERIALES	Unidad de medida	Necesidad total	Costo unidad	Costo Total
Hojas Bond 75 gr	4 millares	4	15.00	60.00
Lapiceros negros	1	10	0.50	5.00
Lapiceros azules	1	10	0.50	5.00
Fotocopias y anillados de los Macro Procesos para los evaluadores internos.				
- Listado de estándares de Acreditación para establecimientos de salud con Categoría I-3,1-2,I-1 (Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02)	12 ejemplares	240	0.10	24.00
- Guía Técnica del evaluadores para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	To come	240	0.10	24.00
- Política nacional de Calidad en Salud	12 ejemplares	240	0.10	24.00
- Hojas de Registro de Datos para la Evaluación	12 ejemplares	10	0.10	10.00
- Hojas para las Recomendaciones	12 hojas	100	0.10	10.00
Otras copias	100	100	0.10	10.00
Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados	1 CD	12	1.00	12.00
Anillados	1	16	1,5	24.00
Refrigerios para reuniones técnicas y reunión de apertura y cierre.	4 reuniones	48	5.00	240.00
TOTAL	Manufacture of the second of t			448.00

CUADRO DE REFRIGERIOS

ACTIVIDADES				7	OLLO	DICIE	JULIO, DICIEMBRE 2022	2022					
	_	>	Σ	Σ	ד	>	Σ	7	Σ	Σ	7	>	
Reunión de Trabajo Con El Equipo Evaluador, X 12 Análisis Del Listado De Estándares de Acreditación.	X 12												
Monitoreo de la ejecución de la Autoevaluación Procesamiento de Datos				X 12									
Elaboración del informe preliminar Presentación del informe preliminar								X 12				X12	



GOBIERNO REGIONAL PUNO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO RED DE SALUD CHUCUITO

MICRO RED POMATA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA - 2022

COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- EE.SS. I-3 Pomata

- EE.SS. I-2 Ampatiri

- EE.SS. I-2 Huapaca San Miguel

- EE.SS. I-1 Batalla

- EE.SS. I-1 Collini

- EE.SS. I-1 Lampa Grande

EE,SS, I-1 Llaguepa

EE.SS, I-1 Tambillo

- EE.SS. I-1 Tuquina

: M.C. Walker Wilfredo APAZA CANAZA

: Obst. Lenka Larissa PANCLAS MAYDANA

: M.C. Luis Giancarlos CUEVA QUISPE

: Lic. Enf. Aydee ORDOÑO BAYLON

: Obst. Sheyla MARITZA MENDOZA ALBERTO

: Obst. Dativa CHOQUEZA NINA

: Obst. Yanine CASTILLO ZAMALLOA

: Obst. Francisca MOLLISACA AGUILAR

: Obst. Bitzayda HUARACHI LOPE



PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED POMATA 2022

INTRODUCCIÓN

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), 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 componentes 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 evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alance integral de la institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocadas a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de que se encargara de ejecutar este primer paso, en miras de obtener el objetivo de brindar atención de calidad a los usuarios internos y externos.

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que se debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:

- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud permanente de respeto e integración entre los involucrados en el proceso evaluativo. Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo es un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de empoderamiento, capaces de construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.
- Los centros y puestos de salud de la Microrred Pomata, requieren garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que las IPRESS de la Microrred Pomata, cuenten con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector, el Ministerio de Salud a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-2007-MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-2009/MINSA; Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, estos documentos tienen por finalidad:

- 1. Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
- 2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, en contexto se elabora el presente, Plan para su implementación.

IV. OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL

 Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares de calidad, de las IPRESS Microrred Pomata, con miras al mejoramiento continuo, garantizando la seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incorporar a la gestión de la Microrred Pomata, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.

 Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.L. N° 1161 "Decreto Legislativo que prueba la Ley 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 Apovo".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D.S. N°007-2006-SA, que modifico el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Gu'a técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

VI. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas que constituye la institución, para lo cual los evaluadores internos implementan el proceso establecido en el presente documento.

VII. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores de la Microred Pomata, utilizara diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

- Verificación documentaria: constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de las IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.
- 2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
- 3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de loes estándares de calidad.
- 4. **Trazado de paciente**: Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIII. METODOLOGIA

1ra FASE: LA AUTOEVALUACIÓN se realizará a partir de La experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los establecimientos de salud de la Micro red Pomata, siguiendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso
- Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación a los jefes de los diferentes servicios.

2da FASE: EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN. Se atravesará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.
- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todos los servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos los resultados preliminares.

3ra FASE: PREPARACIÓN Y ENTREGA del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macroprocesos, con un lapso de 30 días.
- Posterior a ello el equipo evaluador realizar el segundo monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de seis meses se realizará la autoevaluación en sí, la misma que se informará a la Diresa Puno.
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de todos los servicios o áreas del establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que lo criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.

- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.
- Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA puno, para que continúe con el proceso de acreditación, de lo contrario se aplicara una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.

IX. RESPONSABILIDADES

- El presente plan de seguridad del paciente en la MICRORED POMATA, es de cumplimiento de los jefes y/o responsables y personal asistencial.
- Comité de seguridad del paciente en la en la MICRORED POMATA.
- La oficina de gestión de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

X. ACTIVIDADES Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2022

- Conformar el Equipo de Acreditación de los establecimientos de salud de la Microred Pomata, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Julio.
- Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de Julio
- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de la Microred Pomata, donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a Red de Salud Chucuito hasta mes Setiembre
- Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito hasta octubre 2022.
- Eiecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la ejecución de autoevaluación.
- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

XI. ORGANIZACIÓN

- Jefe de Microred Pomata
- Responsable de SGCS de la Microred Pomata
- Equipo de acreditación de establecimientos de la Microred Pomata

XII. RECURSOS

Recursos Humanos

- Jefe de Microred Pomata
- Equipo de acreditación de establecimientos de salud de la Microred Pomata
 - EE.SS. I-3 Pomata, M.C. Walker Wilfredo APAZA CANAZA
 - EE.SS. I-2 Ampatiri, Obst. Lenka Larissa PANCLAS MAYDANA
 - EE.SS, I-2 Huapaca San Miguel, M.C. Luis Giancarlos CUEVA QUISPE
 - EE.SS. I-1 Batalla, Lic. Enf. Aydee ORDOÑO BAYLON
 - EE.SS. I-1 Collini, Obst. Sheyla MARITZA MENDOZA ALBERTO
 - EE SS. I-1 Lampa Grande, Obst. Dativa CHOQUEZA NINA
 - EE.SS, i-1 Llaguepa, Yanine CASTILLO ZAMALLOA

- EE.SS. I-1 Tambillo, Obst. Francisca MOLLISACA AGUILAR
- EE.SS. I-1 Tuquina, Obst. Bitzayda HUARACHI LOPE
- Responsable de SGCS de la Microred Pomata

Recursos Materiales

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN
02	Unidad	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
01	Caja x 50 unidades	Fastener
50	Unidad	Fólderes A-4
50	Unidad	Lapiceros azules
05	Millar	Papel bond A-4
01	Unidad	Tóner para impresora HP laser 17 A

Activo fijo

CANTIDAD	UNIDADES	DESCRIPCIÓN
01	Unidades	Equipo de cómputo con CPU, monitor, estabilizador y lectora.
01	Unidades	Impresora

XIII. EJECUCIÓN

Se realizará de Agosto a Diciembre del 2022

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		UNIDAD DE	METAS	CRONOGR	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL	TRAL	FUENTE	
ž	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	MEDIDA	2022	-	=	Δ	VERIFICABLE	RESPONSABLE
	Línea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Política de Calidad en Salud).	oceso de Acredit	ación de Esta	iblecimientos de	Salud. Bajo la F	RM N° 45	6-2007/MINSA y RM I	le Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA. (Séptima
-	Conformar el Equipo de Acreditación a nivel de Microred Pomata, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Julio	Dcto/RD	-	×			Resolución Directoral	Jefe de Microred / Resp. De 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	-	×			Resolución Directoral	Equipo Calidad
е	Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Microred Pomata donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta mes Setiembre	Plan /RD	-	×			Informe de Asistencia Técnica, Libro actas	Jefe de Microred / Resp. De Calidad
4	Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito - Juli hasta Octubre 2022.	Documento	-		×		Consolidado de Planes	Responsable Calidad MCR Pomata
5	Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	-		×		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MCR Pomata
9	Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito - Juli en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022.	Informe	-			×	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /MCR Pomata
7	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	-			×	Libro actas, Informe	Responsable Calidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN Y EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Responsable Por							S	SETIEMBRE	BRE				
Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Responsables evaluados		Σ	ر M	>	ب	Σ	Σ	7	>	S
				9	7	8	10	13	14	15	16	17	92
	Direccionamiento	M.C. Walker Wilfredo Apaza Canaza	EE.SS. de la MCR Pomata	×		_		1					
	Gestión de recursos Humanos	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera	EE.SS. de la MCR Pomata	×									
M.C. Walker Wilfredo APAZA	Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Reyna Teresa León Quispe	EE.SS. de la MCR Pomata		×								
CANAZA	Manejo del riesgo de atención	Obst. Dativa Choqueza Nina	EE.SS. de la MCR Pomata		×								
	Emergencias y desastres	M.V.Z Jaime Uriel Borda Quispe	EE.SS. de la MCR Pomata		×								
	Control de la gestión y prestación	C.D. Jesús Mario Paredes Barriga	EE.SS. de la MCR Pomata										
M.C. Edwin Roger	Atención ambulatoria y Atención Extramural	Lic. Nut. Yesenia Tisnado Lencinas	EE.SS. de la MCR Pomata			×							
Calisaya Condori	Atención de emergencias	M.C. Luis Giancarlos Cueva Quispe	EE.SS. de la MCR Pomata			×							
MONITOREO DE LA	EJECUCUÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN						×						
	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. Luis Giancarlos Cueva Quispe	EE.SS. de la MCR Pomata				×						
1	Admisión y alta	Lic. Enf. Aydee Ordoño Baylon	EE.SS. de la MCR Pomata					×					-900018
Obst. Lenka Larissa	Referencia y Contra referencia	Obst. Ruth Raquel Damián Cutipa	EE.SS. de la MCR Pomata				-	×					
MAYDANA	Gestión de medicamentos	Q.F. Lindssay F. Paredes Bellido	EE.SS. de la MCR Pomata					×					
	Gestión de la Información	Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto	EE.SS. de la MCR Pomata						×				
	Esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Enf. Judith Cahuapaza Condori	EE.SS. de la MCR Pomata				=7.00		×				
	Manejo de riesgo Social	Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto	EE.SS. de la MCR Pomata							×			
OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera	EE.SS, de la MCR Pomata								×		
OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO	Gestión de equipos e infraestructura	Sr. Jorge Murillo Ticona	EE.SS. de la MCR Pomata									×	×

Q





"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Juli, 14 de Setiembre del 2022

OFICIO N° 111 - 2022 MICRO RED MOLINO - RED DE SALUD CHUCUITO

SEÑOR

: DR. JUAN CARLOS TALAVERA ROJAS

DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO JULI

CON ATENCION: COORDINADOR DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

16 SEP 2027

TRAMITE DOCUMENTARIO

PRESENTE

ASUNTO

: REMITO PLAN DE AUTOEVALUACION DE LAS IPRESS DE LA MICRO RED MOLINO

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para REMITIRLE EL PLAN DE AUTOEVALUACION - 2022 DE LAS IPRESS DE LA MICRO RED MOLINO

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle mis consideraciones de estima personal.

Atentamente

MBT/mbt. c.c. archivo

GOBIERNO REGIONAL PUNO DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CHUCUITO

MICRO RED MOLINO

PLAN DE AUTOEVALUACION





COMITE DE ACREDITACIÓN DE LA MICRO RED MOLINO

- CD. YANINA LUQUE LLUTARI
- > LIC. ENF. XENNIA YORMARA MELO ESCARCENA
- LIC. ENF. CAROLA AGUIRRE AZAÑERO
- LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRO RED MOLINO - 2022

I. INTRODUCCIÓN

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), 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 componentes 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 evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alance integral de la institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocadas a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha

iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de que se encargara de ejecutar este primer paso, en miras de obtener el objetivo principal el de ubicar a la MICRO RED MOLINO CON SUS IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.

La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que se debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:

- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud permanente de respeto e integración entre los involucrados en el proceso evaluativo. Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo es un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de empoderamiento, capaces de construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.
- La micro red molino, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que la micro red molino, cuente con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector, el Ministerio de Salud a través de la R.M. N°456-2007/MINSA; Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-2007-MINSA/DGSP, brindando las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud, la misma que está contemplada por la R.M. N°270-2009/MINSA; Guía técnica del Evaluador para la

Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, estos documentos tienen por finalidad:

- Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o Servicios Médicos de Apoyo, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad, sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
- 2. Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de evaluación para cada uno de los macro procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo, en contexto se elabora el presente, Plan para su implementación.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

 Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de las IPRESS de la Micro Red Molino, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Incorporar a la gestión de la Microred Molino, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842 "Ley General de Salud".
- Ley N°27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.L. N° 1161 "Decreto Legislativo que prueba la Ley 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 Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D.S. N°007-2006-SA, que modifico el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

VI. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades orgánicas que constituye la institución, para lo cual los evaluadores internos implementan el proceso establecido en el presente documento.

VII. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores de la Microred Molino, utilizara diversas técnicas de verificación que les permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

- 1. **Verificación documentaria:** constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS; el estudio de mapa de procesos, etc.
- 2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
- 3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de loes estándares de calidad.
- 4. Trazado de paciente: Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones tendiendo un total de 237 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas y estándares internacionales de las buenas prácticas.

VIII.- METODOLOGIA

1era fase: La autoevaluación se realizará a partir de La experiencia del equipo. Verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad de los establecimientos de salud de la Micro red Molino, siguiendo los siguientes pasos:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso

 Comunicar oficialmente el inicio de la autoevaluación a los jefes de los diferentes servicios.

2da fase: EJECUCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN. se atravesará los siguientes momentos:

- Apertura del proceso de auto evaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.
- Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- Recorrer los ambientes de todo el servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- Al analizar los evaluadores presentadores presentaran un borrador de los resultados de la evaluación, haciendo notar los estándares débiles y las sugerencias de la mejora continua de la calidad.
- Cierre del acto de la evaluación interna, haciendo constar en el libro de actas y en los documentos los resultados preliminares.

3ra fase: preparación y entrega del informe del primer monitoreo de autoevaluación.

- Cada equipo evaluador hará alcance de las observaciones encontradas y las mejoras que se deben de realizar en los diferentes macroprocesos, común lapso de 30 días.
- Posterior a ello el equipo evaluador realizar el 2do monitoreo donde se deben encontrar mejoras en relación al primer monitoreo.
- Luego de SEIS meses se realizará la autoevaluación en sí, la misma que se informará a puno, por lo tanto, se realizará.
- Efectuar la reunión de cierre con las jefaturas de todos los servicios o áreas del establecimiento, a fin de brindar retroalimentación a cada equipo evaluado y comentar el grado en que lo criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.
- Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitará la evaluación externa a la DIRESA puno, para que continúe con el proceso de acreditación, de lo contrario se aplicara una segunda y/o siguientes autoevaluaciones de ser necesario, hasta que el establecimiento obtenga los niveles deseados.

IX.- RESPONSABILIDADES

- El presente plan de seguridad del paciente en la MICRO RED MOLINO, es de cumplimiento de los jefes y/o responsables y personal asistencial.
- Comité de seguridad del paciente en la en la MICRORED MOLINO.
- La oficina de gestión de la calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

X.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2022:

- Conformar el Equipo de Acreditación de los establecimientos de salud de la Microred Molino, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta mes Julio.
- Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta mes de Julio
- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de la Microred Molino, donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos.
 Fecha máxima de entrega a Red de Salud Chucuito hasta mes Setiembre
- Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a Red de Salud Chucuito hasta octubre 2022.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
- Monitoreo de la ejecución de autoevaluación.
- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la Red de Salud Chucuito en impreso y en magnético hasta diciembre año 2022.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en cada IPRESS de la Micro Red Molino.

XI.- ORGANIZACIÓN

- Jefe de Micro Red Molino
- Responsable de SGCS de la Micro Red Molino
 - Equipo de acreditación de establecimientos de la Micro Red Molino.

XII.- RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

JEFE DE MICRO RED MOLINO

EQUIPO DE ACREDITACIÓN DE LA MICRO RED MOLINO

- CD. YANINA MARIBEL LUQUE LLUTARI
- LIC. ENF. XENNIA YORMARA MELO ESCARCENA
- LIC. ENF. CAROLA AGUIRRE AZAÑERO
- LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE

EQUIPO DE ACREDITACIÓN DE LAS IPRESS DE LA MICRO RED MOLINO

- M.C. JORGE LUIS SOTO VASQUEZ
- OBST. ROSARIO OCHOA CERPA
- LIC. ENF. LINA IGNACIO MAMANI
- LIC. ENF. ELENA MOLINA DURAN
- OBST. MARIANA ESPEZUA SARDON
- LIC. ENF. BETZAVE AROCUTIPA ARIAS
- LIC. ENF. MILAGROS LOPEZ AYCACHI
- LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE
- LIC. ENF. AMERICA MAMANI TRELLES
- LIC. ENF. RUTH NELIDA JINEZ MAMANI
- LIC. ENF. LIDIA PUMAQUISPE QUISPE
- LIC. ENF. MERLY VIAMONTE QUISPE
- LIC. ENF. AYDE DEYSI BUSTINZA CARCASI
- LIC. ENF. ADINA ESPINOZA CASTILLO

RECURSOS MATERIALES

Cantidad	Unidad	Description
03	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
14	unidades	Fastener
28	Unidades	Fólderes A-4
12	Unidades	Lapiceros azules
03	Millares	Papel bond A-4
01	Unidad	Toner para impresora HP laser 85 A
30	Galon	Gasolina de 84 octanos

ACTIVO FIJO

Cantidad	Unidades	Descripción
01	Unidades	Equipo de cómputo con CPU, monitor, estabilizador y lector i.
01	Unidades	Impresora

XIII.- EJECUCIÓN

Se realizará de Setiembre a Diciembre del 2022

XIV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		UNIDAD DE	METAS	CRONOGR	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL	FUENTE	
ž	COMPONENTE / LINEAS DE ACCION / CRITERIOS Y ACTIVIDADES	MEDIDA	2022	=	2	VERIFICABLE	KESPONSABLE
	Línea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la RM Nº 456-2007/MINSA y RM Nº 270-2009/MINSA. (Séptima Política de Calidad en Salud).	n del proceso c	le Acreditaci	ón de Estable	cimientos de Salud.	3ajo la RM N° 456-200	7/MINSA y RM N° 270-
	Conformar el Equipo de Acreditación a nivel de Micro Red					Resolución	Jefe de Microred / Resp. De
Н	Molino, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta Dcto/RD mes JUNIO	Octo/RD	н	×		Directoral	Calidad
	Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia					Recolución	Equipo Calidad
2	técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Dcto/RD	Octo/RD	П	×		Directoral	
	Hasta mes de Julio						
	Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a					Informe de	Jefe de Microred / Resp. De
	nivel de Micro Red Molino donde se consigne simultáneamente a					Asistencia	Calidad
Ж	los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen	Plan /RD	П	×		Técnica, Libro	
	con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA					actas	
	hasta mes Setiembre						
	Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a	4	. 5			Consolidado de	Responsable Calidad MCR
4	comunicar a Red de Salud Chucuito - Juli hasta Octubre 2022.	Documento	1		×	Planes	Molino
	Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de		7		>	Documento y	Equipo Conformados MCR
2	salud.	Evaluado	-		<	formatos anexos.	Molino
						Informe Técnico	Equipo Evaluadores
1	Intorme lecnico de la Autoevaluación, por los evaluadores		,		>	Final de ejecución	Final de ejecución Internos/Responsable Calidad
9	internos, Envia a la Red de Salud Chucuito - Juli en impreso y en	Intorme	-1		<	- Autoevaluación	/MCR Molino
	magnético hasta diciembre año 2022.					y anexos.	
	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora	c	,		;	Libro actas,	Responsable Calidad
7	en los establecimientos de salud.	Intorme	-1		×	Informe	

