MINISTERIO DE SALUD
Dirección Regional de Salud Puno
RED DE SALUD CHUCUITO
Telf. 051-554008 - 554119
Jr. Juli N° 470 – Juli

N° 414-2023-D-RED-S-CH/AF-RR.HH./J

Resolución Directoral

Juli, 15 de setiembre de 2023

VISTOS:

La hoja de trámite documentario con registro N° 6478, de fecha 06 de setiembre del año 2023, que contiene el Oficio N° 051-2023-RED-SALUD-CHUCUITO-JULI/UFCSS, de fecha 06 de setiembre del año 2023, presentado y suscrito por el MVZ CARLOS RICHARD AJALLI SARMIENTO, responsable de Calidad y Servicios de Salud de la Red de Salud Chucuito, donde solicita se apruebe mediante Acto Administrativo el Plan de Trabajo de Autoevaluación – de la Red de Salud Chucuito y Micro Redes (Molino, Pomata, Zepita y Desaguadero), 2023 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 promover en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad, calidad".

Que, los numerales I Y II del Título Preliminar de la Ley Ne 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual colectivo, y que la protección de la salud de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, Vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006 MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento 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 sector 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 Salud 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 r nacionales previamente definidos.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 703-2006 MINSA, de fecha 26 de julio del 2006, se resuelve en su artículo 1° Aprobar la NTS N° 050-MINSA/ DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo o", la misma que es modificada por la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 200 7, en la cual se Aprueba el NTS N° 050-MINSA /DGSP-V.02;

Que la NTS N° 050-MINSA DGSPLV .02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo o", tiene por finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, siendo uno de sus objetivos Promover una cultura de calidad en todos los estable cimientes de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 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

Resolución Directoral

Juli, 15 de setiembre de 2023

aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría II-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 la: 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 evaluación de la calidad en la atención Proporcionando elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa Estableciendo paulas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de acreditación.

Que, mediante Oficio N°051-2023-RED-SALUD-CHUCUITO-JULI/UFCSS, de fecha 06 de setiembre del año 2023, presentado y suscrito por el MVZ CARLOS RICHARD AJALLI SARMIENTO, responsable de Calidad y Servicios de Salud de la Red de Salud Chucuito, donde solicita se apruebe mediante Acto Administrativo el Plan de Trabajo de Autoevaluación – de la Red de Salud Chucuito y Micro Redes (Molino, Pomata, Zepita y Desaguadero), 2023 a folios (47);

Que, el "Plan de Trabajo de Autoevaluación de la Red de Salud Chucuito y Micro Redes (Molino, Pomata, Zepita y Desaguadero), 2023" tiene como finalidad contribuir a garantizar que los establecimientos de salud de toda la Red de Salud Chucuito, cuenten con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

Que, por las consideraciones previamente expuestas, con el visto bueno de la Dirección de Salud de las Personas, Administración de la Red Chucuito, y conforme a la Resolución Ministerial N°405-2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en salud en cada Región, y en uso de las atribuciones conferidas, según Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud en Puno y Estructura Orgánica de la Dirección Regional de Salud en Puno, y la Resolución Gerencial General Regional N° 023-2023-GGR-GR PUNO, de designación de funciones y atribuciones, y:

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. - APROBAR, EL "PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA RED DE SALUD CHUCUITO Y MICRO REDES MOLINO, POMATA, ZEPITA Y DESAGUADERO, 2023" documento que consta de un total de cuarenta y siete (47) folios, la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°. ENCARGAR, al responsable de Calidad y Servicios de Salud de la Red de Salud Chucuito, cumplir con las acciones correspondientes, según lo establecido en las normas emanadas del MINSA, instrumentos de Gestión y demás normas conexas, bajo responsabilidad.

ARTÍCULO 3°. TRANSCRÍBASE Y NOTIFÍQUESE, al interesado y demás instancias administrativas correspondientes para conocimiento y fines de ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

M.C. Emerson Aquino Condori
DIRECTOR EJECUTIVO
RED SS CHUCUITO JULI

JULI, 06 DE SETIEMBRE DEL 2023

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
06 SEP 2023
006478
11:30
47

OFICIO Nº 051 – 2023 – RED-SALUD-CHUCUITO – JULI/UFCSS

SEÑOR:
M.C. EMERSON AQUINO CONDORI
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

PRESENTE. –

ASUNTO : SOLICITO EMISIÓN DE RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN – RED CHUCUITO, 2023

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez, informar a su despacho que en cumplimiento de la Ficha N° 30: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud y la RM N' 456-2007/NANSA, NTS para la Acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo," las Micro redes de Salud Pomata, Zepita, Molino y Desaguadero han remitido los planes de autoevaluación de los establecimientos que las conforman el mismo que ha sido validado por este despacho.

Por lo cual, solicito a su despacho, disponga la emisión de acto resolutivo de aprobación de dichos planes de trabajo de la Red Salud y Micro redes en cumplimiento de los compromisos contenidos en convenios de gestión.

Sin otro en particular, es propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

CC
Archivo
cmc

"AÑO DEL LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Juli, 16 de junio del 2023

OFICIO N° 074 - 2023 / MICRO RED MOLINO – RED DE SALUD CHUCUITO

RED DE SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
16 JUN 2023
Nº REC: 4151 HORA: 09:32
FOLIO: 13 FIRMA:

SEÑOR : **M.C. EMERSON AQUINO CONDORI**
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO

CON ATENCIÓN : **COORDINACION DE CALIDAD**

PRESENTE

ASUNTO : **PLAN DE AUTOEVALUCION MICRORED MOLINO 2023**

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y la vez REMITIR PLAN DE AUTOEVALUCION MICRORED MOLINO 2023. Adjunto plan .

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

Atentamente

Carola L. Aguirre Azañero
LIC. ENFERMERIA
CEP: 56569

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL PUNO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CHUCUITO

MICRORED MOLINO

2023

PLAN DE AUTOEVALUACION

COMITE DE ACREDITACIÓN DE LAS IPRESS DE LA MR. MOLINO

- IPRESS. I-3 PUEBLO LIBRE: C.D YANINA M. LUQUE LLUTARI
- IPRESS. I-3 PUEBLO LIBRE: LIC. ENF. CAROLA L. AGUIRRE AZAÑERO
- IPRESS. I-1 CASIMUYO: LIC. ENF. XENNIA Y. MELO ESCARCENA
- IPRESS. I-1 CCAJJE: LIC.ENF. KARINA QUISPE QUISPE

APROBADO CON RD N° .....

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED MOLINO 2023

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, el objetivo

principal el de ubicar a todas las IPRESS de la MR MOLINO 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 especificas. 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.
- Las IPRESS de la MR Molino , requieren garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda en cada una de sus IPRESS

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que las IPRESS de la MR MOLINO, 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; Guia 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, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de cada una de las IPRESS de la MR 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 "Guia 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 IPRESS que constituye la MR Molino, 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 IPRESS:** 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 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 cada una de las IPRESS 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 leido, 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 fisicos, 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 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, asi 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, asi como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, asi 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 en la MICRORED 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.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2023:

- 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 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 2023.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación de las IPRESS.
- 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 2023.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en las IPRESS de la MR Molino.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Jefe de Microred Molino
- Responsable de SGCS de la Microred Molino
- Equipo de acreditación de las IPRESS de la Microred Molino.

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

- Jefe de Microred Molino
- Equipo de acreditación de las IPRESS de la Microred Molino

  - C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI
  - LIC. ENF. XENNIA Y. MELO ESCARCENA
  - LIC. ENF. CAROLA L. AGUIRRE AZAÑERO
  - LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE
- Responsable de SGCS de la Microred Molino

Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
12	unidad	Fastener
27	Unidades	fólderes A-4
12	Unidades	lapiceros azules
03	millar	papel bond A-4
01	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 2023

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2023	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				I	II	III	IV		
	Línea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la **RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA.** (Septima Politica de Calidad en Salud).								
1	**Conformar el Equipo** de Acreditación a nivel de **Microred Molino** , con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima **hasta mes Julio**	Dcto/RD	1		X			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	1		X			Resolución Directoral	Equipo Calidad
3	Elaboración y aprobación con RD del **Plan** de Autoevaluación a nivel de **Microred** Molino 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	1		X			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 2023.	Documento	1			X		Consolidado de Planes	Responsable Calidad MCR Molino
5	**Ejecución** del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	1			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MCR Molino
6	**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 2023**	Informe	1				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /MR Molino
7	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	1				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Responsables evaluados	SETIEMBRE										
				L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L
				4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Direccionamiento	LIC ENF. XENNIA Y. MELO ESCARCENA LIC ENF. CAROLA L. AGUIRRE AZAÑERO LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE	IPRESS de la MR Molino	X										
	Gestión de recursos Humanos		IPRESS de la MR Molino	X										
	Gestión de la Calidad		IPRESS de la MR Molino		X									
	Manejo del riesgo de atención		IPRESS de la MR Molino		X									
	Emergencias y desastres		IPRESS de la MR Molino		X									
	Control de la gestión y prestación		IPRESS de la MR Molino											
	Atención ambulatoria y Atención Extramural		IPRESS de la MR Molino				X							
	Atención de emergencias		IPRESS de la MR Molino				X							
MONITOREO DE LA EJECUCUÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN								X						
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	LIC ENF. XENNIA Y. MELO ESCARCENA LIC ENF. CAROLA L. AGUIRRE AZAÑERO LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE	IPRESS de la MR Molino					X						
	Admisión y alta		IPRESS de la MR Molino						X					
	Referencia y Contra referencia		IPRESS de la MR Molino						X					
	Gestión de medicamentos		IPRESS de la MR Molino						X					
	Gestión de la Información		IPRESS de la MR Molino							X				
	Esterilización, lavandería y limpieza		IPRESS de la MR Molino							X				
	Manejo de riesgo Social		IPRESS de la MR Molino								X			
	Gestión de insumos y materiales		IPRESS de la MR Molino									X		
	Gestión de equipos e infraestructura		IPRESS de la MR Molino										X	X

EQUIPO DE EVALUACIÓN

SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN:
MVZ. Carlos Richard Ajalli Sarmiento

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Direccionamiento	LIC ENF. XENNIA Y. MELO ESCARCENA LIC ENF. CAROLA L. AGUIRRE AZAÑERO LIC. ENF. KARINA QUISPE QUISPE
	Gestión de recursos Humanos	
	Gestión de la Calidad	
	Manejo del riesgo de atención	
	Emergencias y desastres	
	Control de la gestión y prestación	
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Atención ambulatoria	
	Atención de emergencias	
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	
	Admisión y alta	
	Referencia y Contrarreferencia	
	Gestión de medicamentos	
	Gestión de la Información	
	Esterilización, lavandería y limpieza	
	Manejo de riesgo Social	
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Gestión de insumos y materiales	
C.D. YANINA M. LUQUE LLUTARI	Gestión de equipos e infraestructura	

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Zepita. 07 de agosto del 2023

OFICIO N° 127 - 2023-DIRESA PUNO/REDESSCHUCUITO/MRS ZEPITA-J.

RED SALUD CHUCUITO
TRAMITE DOCUMENTARIO
AGOSTO 2023
996745 08:17
07

SEÑOR
M.C. Emerson AQUINO CONDORI.
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CHUCUITO
PRESENTE. –

ATENCION: Coordinador de Sistema de Gestión de la calidad en salud de la Red de Salud Chucuito.

ASUNTO: Remite plan de trabajo de acreditación de la MRS Zepita

---

Tengo a bien dirigirme a Usted con la finalidad de remitir adjunto a la presente el ***"PLAN DE TRABAJO DE ACREDITACION DE LA MRS ZEPITA – 2023 "a*** ejecutarse durante los meses de agosto a diciembre del 2023, en cada uno de los establecimientos de salud de la MRS ZEPITA de acuerdo a documento de referencia memorándum múltiple N° 277 – 2023 – D/RSCH – JULI, de fecha 02 de agosto del 2023. Adjunto a la presente

- Plan de trabajo (08 folios)

Agradeciendo la atención a la presente es propicia la ocasión para reiterarle mis sentimientos de especial consideración.

Atentamente

9

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

PLAN DE TRABAJO DE ACREDITACION M.R.S. ZEPITA

- 2023 -

PLAN DE TRABAJO DE ACREDITACION
MRS ZEPITA - 2023

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 mayoria de paises 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 caracteristicas técnico cientificas, 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, asi 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 que los establecimientos de salud del distrito de Zepita se encuentren como 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 especificas. Es asi que la Acreditación se puede constituir en un
excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

II. JUSTIFICACION

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 establecimientos de salud del distrito de Zepita, requieren garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. 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"

IV. FINALIDAD Y OBJETIVOS

FINALIDAD

Contribuir a garantizar que los establecimientos de salud de la MRS Zepita, 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.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar en la autoevaluación el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de los establecimientos de salud de la MRS Zepita, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incorporar a la gestión de los comités del Sistema de Gestión de la calidad de la Microred Zepita 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. AMBITO DE APLICACION

El presente plan de trabajo es de aplicación por todos los trabajadores de salud de los siguientes establecimientos de salud:

- Centro de salud Zepita
- Puesto de Salud Alto Pavita
- Puesto de Salud Alto Patacollo
- Puesto de Salud Alto Ayriguas
- Puesto de Salud Ancoputo
- Puesto de Salud Bajo Pavita
- Puesto de Salud Izani.
- Puesto de Salud Molino Kapia
- Puesto de Salud Parco Patacollo
- Puesto de Salud Tassapa Patacollo
- Puesto de Salud Sicuyani.
- Puesto de Salud Villa Chimu

VI. CONTENIDO

TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores de la Microred Zepita, 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.

VII. 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 MRS Zepita, 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 Red de Salud Chucuito y 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 trabajo de Autoevaluación de la MRS Zepita es de responsabilidad para su ejecución y cumplimiento de los jefes y/o responsables de los establecimientos de salud, así mismo del personal asistencial y de los comités de gestión de la calidad.

- La coordinación de Gestión de la calidad es la encargada del asesoramiento técnico para la implementación, monitoreo y supervisión de las actividades comprendidas en el presente plan de trabajo.

XI. ACCIONES A REALIZAR

Las actividades y tareas serán ejecutados durante el año 2023.

- Conformación del equipo de acreditación de los diferentes establecimientos de salud de la MRS Zepita, el cual estará respaldado con Resolución emitido por la Dirección de la Red de Salud Chucuito.
- Selección de los evaluadores internos acreditados mediante resolución directoral, los cuales serán capacitados, recibirán asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos de evaluación teniendo como plazo de ejecución hasta el mes de agosto del 2023.
- Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de trabajo de autoevaluacion de la MRS Zepita, donde se consignaran simultáneamente a los

responsables de áreas los cuales interactuaran con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a la red de Salud Chucuito Agosto del 2023.

- Comunicación del inicio de la autoevaluación previa coordinación con el coordinador de Gestión de la calidad de Servicios de salud de la Red de salud Chucuito. Fecha Octubre del 2023.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación en cada uno de los establecimientos de salud de la MRS Zepita.
- Monitoreo de la Ejecución de la autoevaluación.
- Informe técnico de la autoevaluación realizado por los evaluadores internos, el cual será elevado a la Red de Salud Chucuito en impreso y magnético, plazo de entrega diciembre del 2023.
- Socialización de resultados de autoevaluación y en base a esta realizar planes de mejora continua en los servicios y establecimientos de salud.

X . ORGANIZACION

- Jefe de Microred Zepita
- Responsable de SGCS de la Microred Zepita
- Equipo de acreditación de establecimientos de salud de la Microred Zepita.

XI. RECURSOS

Recursos Humanos

- Jefe de Microred Zepita
- Equipo de acreditación de establecimientos de salud de la Microred Zepita
  - Lic. Antonia FIGUEROA RAMOS — SGCS Zepita
  - Obst, Jhonny QUISPE QUINTOS — SGCS Alto Ayriguas
  - Lic. Efrain SANTOS SANTOS — SGCS Alto Patacollo
  - M.C. Arnold APAZA MACHACA — SGCS Alto Pavita
  - M.C. Milton VIZA RIVERA — SGCS Ancoputo
  - O bst. Giovanna ALEJO CHARAJA — SGCS Bajo Pavita
  - Lic. Fiorela Anais CRUZ LUPA — SGCS Izani
  - Obst. Idalia MONROY TUMPI — SGCS Molino Kapia
  - Lic. Marycruz CHECALLA SIPA. — SGCS Parco Patacollo
  - M.C. Hans GAVINO MACHACA — SGCS Tassapa Patacollo
  - Obst. Luz Norma CHURA CHURA. — SGCS Sicuyani
  - Lic. Natty QUISPE YANA. — SGCS Villa Chimu

Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
12	Unidad	Fastener
26	Unidades	fólderes A-4
12	Unidades	lapiceros azules
500	Hojas	papel bond A-4
01	Unidad	toner para impresora HP N° 12 A.

Activo fijo

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

XII. EJECUCION

El presente plan de trabajo se realizara:

- Inicio Agosto del 2023
- Finaliza diciembre del 2023

GOBIERNO REGIONAL PUNO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CHUCUITO

CENTRO DE SALUD DESAGUADERO

PLAN DE AUTOEVALUACION

COMITE DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- EE.SS. I-4 DESAGUADERO: LIC.MAGALY CASTAÑON CALDERON
- EE.SS. I-3: KELLUYO: M.C. JOEL J. RIVERA DIEGUEZ
- EE.SS. I-3 HUACULLANI: C.D. MARIA ELENA CHAVEZ HINOJOSA
- EE.SS. I-3 PIZACOMA: M.C. VANESA J. MAMANI CRUZ
- EE.SS. I-2 SANTA CRUZ AYRIHUAS: LIC.YENNY L.SANCHEZ MAMANI
- EE.SS. I-1 CARANCAS LIC: ELISA FLORES MAMANI
- EE.SS. I-1 CALLAZA LIC: RUBEN D. MAMANI CCAMA
- EE.SS. I-1 TOTOROMA: LIC. CINTHIA CHUQUIMAMANI MACHACA
- EE.SS. I-1 CHALLACOLLO: LIC.LIZET J. MAMANI MAMANI
- EE SS I-1 TULACOLLO: TEC WILLIAM ANCHAPURI ALANOCA
- EE SS I-1 BAJO LLALLAGUA: LIC MAGDA MENDOZA
- EE SS I-1 ALTO LLALLAGUA: TEC. EDGAR MAMANI TICONA
- EE SS I-1 HUACASUMA: TEC. VILMA CHIPANA JALIRI

APROBADO CON RD N° .....

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED DESAGUADERO, 2023

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 MICRORED DESAGUADERO 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 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 DESAGUADERO, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que la MICRORED DESAGUADERO, 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:

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, obteniendo 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 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.

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 "Guia 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.

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, asi 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 estàndares 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 estàndares 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 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 leido, 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 fisicos, 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 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, asi 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, asi como lo anterior.
- Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, asi como las respectivas recomendaciones.

  Si en la autoevaluación se alcanza un nivel igual o mayor a 85% se solicitarà 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 la MICRO RED DESAGUADERO, es de cumplimiento de los jefes y/o responsables y personal asistencial.
- Comité de seguridad del paciente en la en la MICRO RED 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 2023:

- Conformar el Equipo de Acreditación de los establecimientos de salud de la Micro red DESAGUADERO, 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 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 2023.
- 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 2023.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

- Jefe de Micro red DESAGUADERO
- Responsable de SGCS de la Micro red DESAGUADERO
- Equipo de acreditación de establecimientos de la Micro red DESAGUADERO

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

- Jefe de Micro red DESAGUADERO
- Equipo de acreditación de establecimientos de salud de la Micro red DESAGUADERO

- LIC. MAGALY CASTAÑON CALDERON
- M.C. JOEL J. RIVERA DIEGUEZ
- M.C. MARIA ELENA CHAVEZ HINOJOSA
- M.C. VANESA J. MAMANI CRUZ
- LIC.YENNY L. SANCHEZ MAMANI
- LIC. ELISA FLORES MAMANI
- LIC. RUBEN MAMANI CCAMA
- LIC. CINTHIA CHUQUIMAMANI MACHACA
- LIC..LIZET MAMANI MAMANI

- Responsable de SGCS de la Micro red DESAGUADERO

Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
12	unidad	Fastener
27	Unidades	fólderes A-4
12	Unidades	lapiceros azules
03	millar	papel bond A-4
01	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 2023

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2023	CRONOGRAMA – TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				I	II	III	IV		
	Linea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la **RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA.** (Septima Politica de Calidad en Salud)								
1	**Conformar el Equipo** de Acreditación a nivel de **Micro red Desaguadero**, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima **hasta mes Julio**	Dcto/RD	1		X			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	1		X			Resolución Directoral	Equipo Calidad
3	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	1		X			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 2023.	Documento	1			X		Consolidado de Planes	Responsable Calidad MCR Desaguadero
5	**Ejecución** del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	1			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MCR Desaguadero
6	**Informe Técnico** de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envia a la Red de Salud Chucuito - Juli en impreso y en magnético **hasta diciembre año 2023**	Informe	1				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /MCR Desaguadero
7	Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	1				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Responsables evaluados	SETIEMBRE										
				L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	S
				6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	18
Lic. Magaly Castañon Calderon	Direccionamiento	LIC.Magaly Castañon Calderon	EE.SS. de la MCR Desaguadero	X										
	Gestión de recursos Humanos	Lic. Esperanza Aguilar Alanoca	EE.SS. de la MCR Desaguadero	X										
	Gestión de la Calidad	M.C. Abraham Torrez Aruquipa	EE.SS. de la MCR Desaguadero		X									
	Manejo del riesgo de atención	Obst. Susy Quispe Ramos	EE.SS. de la MCR Desaguadero		X									
	Emergencias y desastres	Lic.Zarai Cruz Inquilla	EE.SS. de la MCR Desaguadero		X									
	Control de la gestión y prestación	Lic. Magaly Castañon Calderon	EE.SS. de la MCR Desaguadero											
Lic.Marisol Condori Calla	Atención ambulatoria y Atención Extramural	Lic. Marisol Condori Calla	EE.SS. de la MCR Desaguadero				X							
	Atención de emergencias	Obst. Yngivory Panclas Maydana	EE.SS. de la MCR Desaguadero				X							
MONITOREO DE LA EJECUCUÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN								X						
M.C.Victor AgramonteBustinza	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C.Victor Agramonte Bustinza	EE.SS. de la MCR Desaguadero					X						
	Admisión y alta	Tec. Vilma Nina Aduviri	EE.SS. de la MCR Desaguadero						X					
	Referencia y Contra referencia	Tec.Javier S. Acero Mamani	EE.SS. de la MCR Desaguadero						X					
	Gestión de medicamentos	Q.F. Christian R.Huanca Ramos	EE.SS. de la MCR Desaguadero						X					
	Gestión de la Información	Obst.Vilma Huarahura Cruz	EE.SS. de la MCR Desaguadero							X				
	Esterilización, lavanderia y limpieza	Tec.Fredy Huanacho Cueva	EE.SS. de la MCR Desaguadero							X				
	Manejo de riesgo Social	Lic.Lily Villanueva Valverde	EE.SS. de la MCR Desaguadero								X			
M.C.Vanesa J. Mamani Cruz	Gestión de insumos y materiales	Tec. Ricardo Rodriguez Ascencio	EE.SS. de la MCR Desaguadero									X		
Lic.Elisa Flores Mamani	Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Ricardo Rodriguez Ascencio	EE.SS. de la MCR Desaguadero										X	X

EQUIPO DE EVALUACIÓN

SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN:
MVZ. Carlos Richard Ajalli Sarmiento

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos
LIC. MAGALY CASTAÑON CALDERON	Direccionamiento	Lic. Esperanza Aguilar Alanoca M.C. Abraham Torrez Aruquipa OBST.Susy Quispe Ramos
	Gestión de recursos Humanos	
	Gestión de la Calidad	
	Manejo del riesgo de atención	
	Emergencias y desastres	
	Control de la gestión y prestación	
M.C. JOEL J. RIVERA DIEGUEZ	Atención ambulatoria	Lic.Marisol Condori Calla Lic. Zarai Cruz Inquilla
	Atención de emergencias	
LIC. YENNY SANCHEZ MAMANI	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. Victor Agramonte Bustinza Tec. Vilma Nina Aduviri Tec.Javier S. Acero Mamani
	Admisión y alta	
	Referencia y Contrarreferencia	
	Gestión de medicamentos	
	Gestión de la Información	
	Esterilización, lavanderia y limpieza	
	Manejo de riesgo Social	
LIC. LOURDES HUAYHUA ANCO	Gestión de insumos y materiales	Tec. Ricardo Rodriguez Ascencio
LIC. ELISA FLORES MAMANI	Gestión de equipos e infraestructura	Tec Ricardo Rodriguez Ascencio

PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL PUNO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CHUCUITO

CENTRO DE SALUD POMATA

2023

PLAN DE AUTOEVALUACION

COMITE DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- EE.SS. I-3 POMATA: M.C. JHIOMARA LUZ LILI CALLA APAZA
- EE.SS. I-2 LAMPA GRANDE: OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA
- EE.SS. I-2 AMPATIRI: OBST. LENKA LARISSA PANCLAS MAYDANA
- EE.SS. I-1 HUAPACA SAN MIGUEL: M.C. JULIO AMERICO CALLA SANJINEZ
- EE.SS. I-1 TUQUINA: OBST. BITZAYDA HUARACHI LOPE
- EE.SS. I-1 TAMBILLO: LIC. ENF. SHIRLEY KATHERINE TORRES CHURA
- EE.SS. I-1 LLAQUEPA: OBST. YANINE CASTILLO ZAMALLOA
- EE.SS. I-1 COLLINI: OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO
- EE.SS. I-1 BATALLA: LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON

APROBADO CON RD N° .....

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA DE LA MICRORED POMATA, 2023

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 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 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 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 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, obteniendo 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 gestión de la Microred 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 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 "Guia 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.

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 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 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.

VIII. 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.

VIII.- ACTIVIDADES

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2023:

- 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 2023.
- 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 2023.
- Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

IX.- ORGANIZACIÓN

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

X.- RECURSOS

Recursos Humanos

- Jefe de Microred Pomata
- Equipo de acreditación de establecimientos de salud de la Microred Pomata

- M.C. JHIOMARA LUZ LILY CALLA APAZA
- OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA
- OBST. LENKA LARISSA PANCLAS MAYDANA
- M.C. M.C. JULIO AMERICO CAMA SANJINEZ
- OBST. BITZAYDA HUARACHI LOPE
- OBST. YANINE CASTILLO ZAMALLOA
- OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO
- LIC. ENF. SHIRLEY TORRES CHURA
- LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON

- Responsable de SGCS de la Microred Pomata

C.D. MARIO JESÚS PAREDES BARRIGA

Recursos Materiales

Cantidad	Unidad	Description
02	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
12	unidad	Fastener
27	Unidades	fólderes A-4
12	Unidades	lapiceros azules
03	millar	papel bond A-4
01	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 realizarà de Agosto a Diciembre del 2023

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	COMPONENTE /LINEAS DE ACCION /CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2023	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
				I	II	III	IV		
	Linea de Acción 4: Promover la Implementación de la Autoevaluación del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud. Bajo la **RM N° 456-2007/MINSA y RM N° 270-2009/MINSA.** (Septima Politica de Calidad en Salud).								
1	**Conformar el Equipo** de Acreditación a nivel de **Microred Pomata**, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima **hasta mes Julio**	Dcto/RD	1		X			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	1		X			Resolución Directoral	Equipo Calidad
3	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	1		X			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 2023.	Documento	1			X		Consolidado de Planes	Responsable Calidad MCR Pomata
5	**Ejecución** del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluado	1			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MCR Pomata
6	**Informe Técnico** de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envia a la Red de Salud Chucuito - Juli en impreso y en magnético **hasta diciembre año 2023**	Informe	1				X	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	1				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Responsables evaluados	SETIEMBRE										
				L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	S
				6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	18
C.D. JESUS MARIO PAREDES BARRIGA	Direccionamiento	C.D. Jesús Mario Paredes Barriga	EE.SS. de la MCR Pomata	X										
	Gestión de recursos Humanos	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera	EE.SS. de la MCR Pomata	X										
	Gestión de la Calidad	C.D. Miriam Patricia Maldonado Iturry	EE.SS. de la MCR Pomata		X									
	Manejo del riesgo de atención	Obst. Dativa Choqueza Nina	EE.SS. de la MCR Pomata		X									
	Emergencias y desastres	Obst. Dativa Choqueza Nina	EE.SS. de la MCR Pomata		X									
	Control de la gestión y prestación	C.D. Jesús Mario Paredes Barriga	EE.SS. de la MCR Pomata											
M.C. XIMENA THALIA PILCO CALISAYA	Atención ambulatoria y Atención Extramural	Lic. Enf. Reyna Teresa Leon Quispe	EE.SS. de la MCR Pomata				X							
	Atención de emergencias	Obst. Bitzayda Huarachi Lope	EE.SS. de la MCR Pomata				X							
MONITOREO DE LA EJECUCUÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN								X						
LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. Julio Americo Cama Sanjinez	EE.SS. de la MCR Pomata					X						
	Admisión y alta	Lic. Enf. Aydee Ordoño Baylon	EE.SS. de la MCR Pomata						X					
	Referencia y Contra referencia		EE.SS. de la MCR Pomata						X					
	Gestión de medicamentos		EE.SS. de la MCR Pomata						X					
	Gestión de la Información	Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto	EE.SS. de la MCR Pomata							X				
	Esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Enf. Reyna Teresa Leon Quispe	EE.SS. de la MCR Pomata							X				
	Manejo de riesgo Social	Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto	EE.SS. de la MCR Pomata								X			
OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera	EE.SS. de la MCR Pomata									X		
OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO	Gestión de equipos e infraestructura	Sr. Jorge Murillo Ticona	EE.SS. de la MCR Pomata										X	X

EQUIPO DE EVALUACIÓN

SECRETARIO TÉCNICO DEL COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN:

MVZ. Carlos Richard Ajalli Sarmiento

Responsable Por Sub Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos
C.D. JESUS MARIO PAREDES BARRIGA	Direccionamiento	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera Obst. Dativa Choqueza Nina Obst. Yanine Castillo Zamalloa
	Gestión de recursos Humanos	
	Gestión de la Calidad	
	Manejo del riesgo de atención	
	Emergencias y desastres	
	Control de la gestión y prestación	
M.C. JULIO AMERICO CAMA SANJINEZ	Atención ambulatoria	Lic. Enf. Vilma Arratia Mamani Obst. Bitzayda Huarachi Lope
	Atención de emergencias	
LIC. ENF. AYDEE ORDOÑO BAYLON	Apoyo a Diagnóstico y tratamiento	M.C. Julio Americo Cama Sanjines Obst. Ruth Raquel Damián Cutipa Obst. Sheyla Maritza Mendoza Alberto Lic. Enf. Vilma Arratia Mamani
	Admisión y alta	
	Referencia y Contrarreferencia	
	Gestión de medicamentos	
	Gestión de la Información	
	Esterilización, lavandería y limpieza	
	Manejo de riesgo Social	
OBST. DATIVA CHOQUEZA NINA	Gestión de insumos y materiales	Tec. Adm. Maximiliano Foraquita Maquera
OBST. SHEYLA MARITZA MENDOZA ALBERTO	Gestión de equipos e infraestructura	Sr. Jorge Murillo Ticona