

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
RED SALUD LAMPA

PLAN DE AUTOEVALUACION 2023
DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS –
LAMPA SETIEMBRE 2023



1.- INTRODUCCION:

La Redes Lampa, dentro de sus prioridades tiene el propósito de acreditar sus establecimientos de salud, con este motivo ha iniciado el proceso de socialización sobre la importancia y la necesidad conocer el grado de acertamientos del desempeño del personal de salud en los establecimientos que conforman la Micro red; los estándares de calidad previamente establecidos y conocidos. Para lo cual se tomará en referencia los resultados de la autoevaluación de cada macro proceso del año 2022 para este presente año 2023.

En coherencia el equipo de evaluadores internos deberá usar la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aprobado con RM N° 270-2009/MINSA, es necesario contar con un plan de evaluación interna, que oriente y describa los procedimientos y la metodología durante la ejecución. En el presente plan conciliamos que, los procedimientos de evaluación interna estarán en estricta relación a las normas del evaluador y estricta aplicación de estándares, de acuerdo a la categoría optada por los establecimientos.

Una de las acciones importantes, durante la evaluación será intercambio e integración entre evaluados y evaluadores, a fin de encontrar puntos de coincidencia para iniciar el trabajo concertado y continuado de la mejora de calidad en los establecimientos. Siendo una de las acciones del componente de la Garantía y Mejora, es la acreditación de los establecimientos de salud, en consecuencia, es mandatorio, manejar los conceptos y la práctica correspondiente en el establecimiento de donde proceden los evaluadores. La mejora de la calidad de atención, en los servicios de salud y/o unidades productoras de servicio (UPS), implica haber implementado las acciones de mejora continua de la calidad, en caso necesario impulsando proyectos de mejora, seguridad del paciente, las auditorías de calidad, acciones de escucha al usuario y el clima organizacional.

Deviene a que el proceso de acreditación, tiene una inmensa tarea de mejorar la cultura de calidad en los servicios de salud, de tal manera que los pacientes acudan a los servicios de salud con confianza y seguridad, con la certeza de encontrar la buena atención. En cuyo proceso se tendrá presente todos los instrumentos de la acreditación desarrollando dentro de la imparcialidad.

2.- JUSTIFICACION:

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, para la cual el equipo de autoevaluación, previamente capacitado hace uso el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud según categoría; procediendo a realizar una evaluación interna.

La responsabilidad de los servicios de salud, es atender con calidad, en consecuencia, los desempeños de los establecimientos de salud deberán ajustarse a los estándares previamente conocidos. Las expectativas de los usuarios, se traducen en una necesidad que puede desencadenar en vida o muerte, por ello, las ofertas de los servicios de salud deberían estar dispuestos a responder plenamente a las necesidades de la demanda y algo más, según los principios de la calidad.

Los jefes de los establecimientos de salud asumen una responsabilidad ineludible de mantener una capacidad de respuesta oportuna y de excelencia en cada uno de los componentes de los trabajadores del establecimiento.

Una manera de fortalecer y afianzar una cultura de calidad en los servicios de salud, es el proceso de evaluación interna debidamente conducida, por eso, el proceso de evaluación interna se llevará a cabo dentro de los objetivos de mejora de la calidad.



A partir de la evaluación interna, la experiencia del proceso de acreditación apertura una oportunidad de conocer el proceso a recorrer por el camino hasta concluir la acreditación del establecimiento.

3.-OBJETIVO GENERAL:

Promover la autoevaluación para el proceso de Autoevaluación en los establecimientos de salud del ámbito de las Microred y establecimientos de Salud, a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas. En el periodo establecido en el presente plan.

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares de acreditación en los establecimientos de salud de la Redess Lampa mediante la autoevaluación a través de la aplicación del listado estándares.

3.1.-OBJETIVO ESPECIFICO:

Realizar la Autoevaluación mediante la aplicación de la lista de Estándares (macroprocesos) de acuerdo a las categorías de los establecimientos de salud.

Promover una cultura de calidad en los diferentes establecimientos de salud de la Redess Lampa.

4.- ALCANCE:

El presente plan tiene alcance en la aplicación y cumplimiento de la autoevaluación, en todos los establecimientos de la Micro red Cabanilla (C.S. Cabanilla, P.S. Néstor Cáceres, P.S. Quinsachata).

Microred Santa Lucia: C.S. Santa Lucia, C.S. Pararí, P.S. Chilahuito, P.S. Lagunillas, P.S. Pinaya.

Microred Palca: C.S. Palca, P.S. Chivay, P.S. Vilavila, P.S. Rivera Coylata.

Microred Lampa: P.S. Chañocahua, P.S. Huayta Central, P.S. Huayta Túpac Amaru

5.- BASE LEGAL:

- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27867 "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- RM N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA V.01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
- R.M N°519-2006 /MINSA Aprueban el Documento Técnico Sistema de Gestión de Calidad en Salud, uno de sus principales procesos establece la Mejora Continua de la Calidad.
- D.S. N° 013-2006-SA, Aprueba el "Reglamento de establecimientos de salud y de servicios Médicos de Apoyo"
- R.M N° 456-2007/MINSA/V.02 N T N° 050/MINSA Listado de Estándares de Acreditación para EE. SS. según Categoría y Ss. Médicos de Apoyo.
- NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Listado de Estándares de Calidad" aprobado con RM N°270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EE. SS y Servicios Médicos de Apoyo. V.02. Plan del Sistema de Gestión de la Calidad -2016 y de Acreditación/ DIRESA- PUNO.
- D.S 021-2022-SA Que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2023 para la entrega económica en el Decreto Legislativo N 1153.



6.- METODOLOGIA DE LA EVALUACION:

Siendo la autoevaluación un procedimiento técnico administrativo que se realiza desde la vertiente cuantitativo-cualitativo y de valor. Con este motivo se vale de métodos seleccionados en cada criterio.

- En cumplimiento del plan, se apertura el proceso de la evaluación con la presentación del equipo de evaluadores al jefe del establecimiento y su personal, explicando el motivo de la visita y los procedimientos de la acreditación. (Hacer constar en libro de actas).
- Recorrer los servicios del establecimiento, identificando los servicios, equipamiento, organización, limpieza y otros aspectos que recomienda de verificación.
- Concertar con los evaluados, el modo de trabajo, haciendo requerimiento de todas las fuentes de verificación.
- Durante el procedimiento, se tendrá en cuenta las técnicas de verificación/ revisión, observación, entrevista, muestreo, encuestas, auditorias, según sea el criterio evaluado.
- Los hallazgos durante los análisis de los criterios de evaluación, es decir las debilidades y las recomendaciones para poder superar ampliamente conversados entre los evaluadores y evaluados.
- Al finalizar los evaluadores presentarán un borrador del informe de los resultados de la evaluación, haciendo notar, que macroprocesos están dentro de las debilidades, y los criterios que merecen especial atención, para mejorar rápidamente y otros que necesariamente terminarán en proyectos de mejora.
- Al concluir el proceso, se realizará el cierre del acta, con todos los acuerdos.

7.-CRONOGRAMA DE EVALUACION INTERNA DE MICRO REDESS LAMPA

Red	Microredes	Nombre del Establecimiento	Categoría	Cronograma Autoevaluación.	
				Inicio	Culminación
Red Lampa	M.R. Cabanilla	C.S. Cabanilla	I-4	15/10/2023	30/10/2023
		P.S. Néstor Cáceres	I-1	15/10/2023	30/10/2023
		P.S. Quinsachata	I-1	15/10/2023	30/10/2023
Red Lampa	M.R. Santa Lucia	C.S. Santa Lucia	I-4	08/10/2023	31/10/2023
		P. S. Lagunillas	I-2	13/10/2023	18/10/2023
		C.S. Paratía	I-3	28/9/ 2023	08/10/2023
		P.S. Pinaya	I-1	18/10/2023	13/10/2023
		P.S. Chilahuito	I-1	03/10/2023	09/10/2023
Red Lampa	M.R. Palca	C.S. Palca	I-4	23/10/2023	30-10-2023
		P.S. Vilavila	I-2	01-10-2023	07-10-2023
		P.S. Chivay	I-1	16/10/2023	20/10/2023
		P.S. Rivera Coylata	I-1	7/10/20223	15/10/2023
Lampa	M.R. Lampa	P.S. Chañocahua	I-2	23-10-2023	27-10-2023
		P.S. Quelloquello	I-1	31-10-2023	06-10-2023
		P.S. Huayta Central	I-1	16-10-2023	17-10-2023
		P.S. Huayta Tupac Amaru	I-1	07-10-2023	15-10-2023



8.-RECURSOS

RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Cantidad	Bienes y Servicios	Observaciones
04 Unidad	Libro de actas	Libro de actas del S.G.C.
16 Unidad	Folder de palanca archivo	.
16 Anillados	Folleto de la lista de estándares para la acreditación de los EE. SS. según categoría	Para cada EE.SS debe contar según la categoría los 1-1; 1-2;1-3;1-4
16 copias	Fotocopia de los formatos de trabajo Anexo 2 y 4 de la guía del Evaluador	Son 16 establecimientos
16 copias	Folleto de Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de EE.SS y servicios médicos de apoyo.	.
01 millar	Papel Bond A4	Bond para informe y reportes del resultado de proceso del aplicativo y acciones de operatividad.
50 Galones	Combustible Petróleo	Para el monitoreo y verificación del proceso en cada establecimiento de responsabilidad de la Microred.



9.- ELABORACION DEL CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Setiembre					Octubre						Noviembre	
		1 al 15	16 al 30	01 al 07	08 al 14	15 al 25	26	27	28	29	30	31	1 al 15	15 al 30
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder	Evaluadores Internos 1,2,3,4	X												
Designación de responsables por cada macroproceso	Evaluadores Internos 1,2,3,4	x												
Presentación del Plan a la Dirección	Evaluadores Internos 1,2,3,4		x											
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación	Evaluadores Internos 1,2,3,4		x											
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal	Evaluadores Internos 1,2,3,4		x											
Macroprocesos														
Direccionamiento	Equipo de Evaluadores Internos 1,2,3,4				x	X	x	x	x	X	X	X	X	
Gestión de recursos humanos				x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Gestión de la calidad				x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Manejo del riesgo de atención				x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Emergencias y desastres				x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Control de la gestión y prestación				x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	x
Atención ambulatoria	Equipo de Evaluadores Internos 1,2,3,4			x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atención extramural		X	X	x	x	X	X	X	X	X	X	x	X	X
Atención de hospitalización			x	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atención de emergencias			x	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Docencia e investigación			x	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atención quirúrgica			x	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Equipo de Evaluadores Internos 1,2,3,4		x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Admisión y alta			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Referencia y contrareferencia			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de medicamentos			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de la información			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estерilización, lavandería y limpieza			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo del nesgo social	Equipo de evaluadores Internos 1,2,3,4		x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo de nutrición de pacientes			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de insumos y materiales			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de equipos e infraestructura			x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Procesamiento de datos	Lider del equipo 1 2,3,4		x	x	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Análisis de resultados	Equipo de Evaluadores Internos 1,2,3,4									X	X	X	X	X	X	X
Elaboración del informe preliminar	Lider del Equipo 1,2,3,4														X	X
Revisión y corrección del informe	Responsable de Calidad														X	X



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE EVALUACION INTERNA 2023(B) REDESS LAMPA

Responsables de Equipo	Criterios (Macroprocesos)	Evaluable Internos	Setiembre	Octubre		Noviembre
Equipo N°1, Equipo N°2, Equipo N°3,Equipo N°4 Lic. Fiorela Turpo, M.C. Caty Hanco, M.C. Fernando, Lic. Nancy Aller Osorio	Direccionamiento	Equipo N°1: C.D. I.M.L.; LIC. F.T. ;M.C. E.M.T.	20-30	01 al 15	16 al 31	01 -30
	Gestión de Recursos Humano	Equipo N°2.: AURORA T.; MC. Caty H. CH.	x			
Equipo N°1, Equipo N°2, Equipo N°3,Equipo N°4	Gestión de la Calidad	Equipo N°3: M.C. Fernando C.; Tec. Lab. Daniel T.; Osbt. Lizbeth U. Lic. Yolinda H. CC.				
	Manejo del Riesgo de la Atención					
	Emergencias y Desastres					
	Gestión de Seguridad ante Desastres					
	Control de la Gestión y Prestación					
	Atención Ambulatoria					
	Atención de Hospitalización					
Equipo N°1, Equipo N°2, Equipo N°3,Equipo N°4	Atención de Emergencia	Equipo N° 4: Lic. Nancy A.O.; Lic. Soledad S.;M.C. Raúl A.				
	Atención Quirúrgica					
	Docencia e investigación					
	Apoyo de Diagnostico Y tratamiento					
	Admisión y Alta					
	Referencia y Contra referencia			x		x
	Gestión de Medicamentos			x	x	
	Gestión de Información			x	x	x



M.R. PALCA EVALUADORES INTERNOS (EQUIPO 3)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CARGO A DESEMPEÑAR
M.C. FERNANDO CONDORI DIAZ	EVALUADOR INTERNO	PRESIDENTE
TEC. LAB. DANIEL TURPO CONDORI	EVALUADOR INTERNO	SECRETARIO
OBST. LIZBET URURI ARENAS	EVALUADOR INTERNO	VOCAL
LIC. ENF. YOLINDA FLOR HUANCA CCAMA	EVALUADOR INTERNO	VOCAL

M.R. LAMPA EVALUADORES INTERNOS (EQUIPO 4)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CARGO A DESEMPEÑAR
LIC. ENF. NANCY ALLER OSORIO	EVALUADOR INTERNO	PRESIDENTE
LIC. ENF. SOLEDAD SALGUERO SOLIS	EVALUADOR INTERNO	SECRETARIO
M.C. ERICK. RAUL AMBROCIO MAMANI	EVALUADOR INTERNO	VOCAL
LIC. ENF. DANITZA VELASCO PALMA	EVALUADOR INTERNO	VOCAL

11.- EVALUACION Y ELABORACION DEL INFORME TECNICO

La Evaluación se realizará al concluir la autoevaluación en las diferentes microredes y establecimientos de salud y finalmente se presentará y enviará la información a la DIRESA -PUNO.





PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional de
Salud PunoRed de Salud
LampaUnidad de Recursos
Humanos

N° 0151-2023-D-REDESS LAMPA/U.RR.HH.



Resolución Directoral

Lampa, 22 de setiembre del 2023.

VISTO: El Oficio N°0013-2023-GRDS-DIRESA PUNO/REDESS-LAMPA/D/S.G.C. de fecha 15 de Setiembre del 2023, con registro 5198, emitido por la Oficina de Coordinación del Sistema de Calidad de la REDESS Lampa;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales IV del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del estado regulada y promoverla siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que les provea y responsabilidad promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas técnicas para la mejora continua de la calidad a los servicios y establecimientos de salud, a fin de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; y con Resolución Ministerial N°640-2006/MINSA, se aprueba el "Manual para la mejora continua de la calidad"

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA se aprueba la directiva Sanitaria N°050-MINSA/DGE. V02." Norma Técnica de salud para al Acreditación de Establecimientos de la Salud y servicios médicos de Apoyo".

Que, Mediante Decreto Supremo 023-2005-SA:se aprueban el reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, Se Aprueba la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo" como guía Referencia Nacional de Acreditación de establecimientos de salud públicos y privados del sector que pertenecen a los niveles I, II y categoría II-1 en el ámbito nacional incluyendo a los Servicios prestados por terceros.

Que, mediante el decreto supremo N° 013-2006-SA., Que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y de servicios médicos de apoyo

Que, mediante documento del visto, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el DOCUMENTO TECNICO: "PLAN DE AUTOEVALUACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD REDESS LAMPA 2023" cuya finalidad es mejorar la condición de los servicios, recursos y tecnología de los diferentes servicios y/o UPSS a través

de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos de la Red de Salud Lampa; y tiene como objetivo general la de mejorar la calidad de atención.

Que, de conformidad con la Ley N° 27783 Ley de Bases de Descentralización modificada por Ley N° 28379; Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes 27902, Resolución Ministerial NO 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 por la Ordenanza Regional N° 012-2014GRP-CRP, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Lampa Dirección Regional de Salud de Puno.

Que, contando con el proveído favorable del director de la Red de Salud Lampa, y jefe de la Unidad de Recursos Humanos de la REDESS Lampa; Unidad Ejecutora: 412 Salud Lampa

SE RESUELVE:

Artículo 1° APROBAR el Documento Técnico: "PLAN DE AUTOEVALUACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA REDESS LAMPA PERIODO 2023" que, en anexo adjunto, forma parte de la presente Resolución, consta 11 paginas.

Artículo 2° ENCARGAR, a la Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad, difunda e implemente la ejecución de las acciones correspondiente para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado plan aprobado por la presente Resolución.

Artículo 3° DISPONER, la publicación de la presente Resolución Portal de Transparencia institucional.

Artículo 4° NOTIFICAR, la presente Resolución a las instancias administrativas correspondientes.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE



GOBIERNO REGIONAL PUNO
MINSA U.E. 412 SALUD LAMPA
CD. FERNANDO ESCOBAR JUSTO
COP. 32141
DIRECTOR
RED DE SALUD LAMPA