



GOBIERNO REGIONAL PUNO

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud – San Román
Salud de la Personas

Folios (29)

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia".

COPIA

Juliaca 04 de noviembre del 2022

CARTA - N°38- 2022 GR PUNO/GRDS/DIRESA/UE – 403/JSP-GCS

Sr.
M.C. Oscar Hueneca Castro
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN

PRESENTE. -

ASUNTO: Resolución de Aprobación de Plan de Autoevaluación de Micro Redes 2022

Por el presente tengo a bien dirigirme a usted con la finalidad de hacerle llegar mi saludo, así mismo solicitarle la Resolución correspondiente para la aprobación del Plan de Autoevaluación de Establecimientos del Primer Nivel de Atención de la Red San Román, el que da inicio a esta actividad en este mes de noviembre 2022.

Amparado en las Normas Legales Ley N.º 26842 "Ley General de Salud". Ley N.º 25657" Ley del Ministerio de Salud "y su reglamento DS. N° 013-2002-SA.

Adjunto los Planes presentados por la diferente Micro Redes vía virtual; así como el Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad de la Red San Román.

Agradeciéndole su atención a la presente, me despido de usted reiterándole las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,



C.C. ARCHIVO
OHCizIH/gbs



MINSA
RED DE SALUD SAN ROMÁN
Dra. Obsta. Graciela Bernal Salas
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

22501

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN
UNIDAD DE TRÁMITE DOCUMENTARIO

04 NOV 2022

CONTROL RECEPCIÓN

Folio: 29 Hora: 11:44 Firma: [Firma]

HEP. 1482

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN 2022

RED DE SALUD SAN ROMÁN

I.- INTRODUCCIÓN. –

El proceso de autoevaluación interna de los establecimientos de salud de la Red San Román, establecido por la N.T. N° 050-Minsa que fue aprobada con RM N° 456-2007/MINSA. Comprende las dos fases de la autoevaluación y evaluación externa. Estas se deben desarrollar en base al listado de estándares de acreditación, la guía del evaluador y toda la documentación a utilizar para este proceso.

Es por este motivo que se ha venido trabajando con la Dirección de Gestión de la Calidad de la DIRESA Puno, para llevar a cabo las capacitaciones y la sensibilización, socialización a los trabajadores que participaran en el Comité de Autoevaluación de establecimientos de la Red San Roman.

II.-JUSTIFICACIÓN. –

El proceso de autoevaluación de establecimientos de salud va a permitir realizar un diagnóstico de como se encuentra, la infraestructura, equipamiento, recursos, materiales, financieros y principalmente el potencial humano que labora en cada establecimiento de la Red San Roman, referente a profesionales, y no profesionales y las actividades que desempeñan frente a los servicios de salud que se Brinda a la comunidad. Nos va a permitir realizar modificaciones, tomar medidas correctivas, mejorar la calidad de atención en base a proyectos de mejora continua de la calidad.

III.- OBJETIVOS. –

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

IV.-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.

V.-ALCANCE:

El proceso de autoevaluación se llevara acabo en todos los establecimientos del primer nivel de la Red San Román, desde los I-1, I-2, I-3, I-4 que corresponden a las Micro Redes de Juliaca, Santa Adriana, Cono Sur, Taraco, Saman y Cabanillas

VI.-BASE LEGAL:

- *Norma técnica de salud para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo N° 050 MINSA/DOSP-D-02 aprobada con RM n°456-2007/MINSA.*
- *Aplicativo de acreditación.*
- *Listado de estándares de acreditación por categoría de establecimientos.*
- *Guía Técnica del evaluador, para la acreditación de establecimientos de salud y servicios medicos de apoyo. RM-270-2009/MINSA. Lima Perú*

VII.-ACTIVIDADES:

- *Reuniones de coordinación*
- *Sensibilizacion*
- *Capacitación*
- *Envío de documentos*
- *Planes de trabajo*
- *Resoluciones*
- *Monitoreo*
- *Supervisión*
- *Apoyo técnico.*

VIII. METODOLOGÍA DE TRABAJO. –

- ✓ *Reuniones de trabajo donde se participará vía virtual para la capacitación sobre el proceso de la autoevaluación.*
- ✓ *Plan de trabajo de autoevaluación elaborado de acuerdo a las normativas.*
- ✓ *Conformación de los comités de Autoevaluación por establecimientos del primer nivel de atención. Incorporando a los equipos de evaluadores por Micro Red.*
- ✓ *Organizar a los evaluadores internos quienes recibirán el entrenamiento y la correcta la aplicación del instrumento, técnicas de evaluación, indicadores, los mismos que tienen la responsabilidad de:*
 - *Cumplir con imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses.*
 - *Recolectar y analizar las evidencias objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones idóneas.*
 - *La comunicación con los evaluados debe ser respetuosa proactiva y clara.*
 - *Identificar acciones de evaluación continua.*
 - *Sistematiza los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación.*

- *Garantizar la transparencia de las evaluaciones.*

IX. EQUIPO EVALUADOR. –

Los dispuestos por cada Micro Red como consta en la resolución correspondiente.

X.- EQUIPO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A SER EVALUADO:

- *Personal encargado y responsables de todas las estrategias de los diferentes Centros de Salud de la Red San Román.*
- *Jefes de cada puesto de salud de las Micro Redes.*
- *La autoevaluación de las Micro Redes se iniciará en el mes de setiembre y culminará en el mes de noviembre del 2021.*
- *Las técnicas utilizadas son:*
 - *Verificación y revisión.*
 - *Observación*
 - *Entrevista*
 - *Muestreo*
 - *Encuesta*
 - *Auditoria*
- *Guía técnica de evaluación RM N°270-2009/MINSA.*
- *Formato de registro de datos.*
- *Hoja de recomendación y matriz de selección (anexos2,4,5).*

XI.- PROCESO DE EVALUACIÓN. –

- *Cronograma y horario de evaluación ANEXO 01.*
- *El equipo evaluador en pleno se hace presente ante el jefe del establecimiento y personal utilizando el proceso de la evaluación interna, instrumentos y normas y otros documentos verificables.*
- *Terminada la evaluación se realizará los resultados de hallazgos, la calificación y recomendaciones.*
- *Reporte de observaciones que se adjunta.*

XII.- RESULTADO FINAL. –

1. *Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:*
 - a. *Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.*
 - b. *No Acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.*
2. *En el caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que desee continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:*

- a. Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud Deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
- b. Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
- b. Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.
3. En el caso de que los plazos no se cumplan, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.
4. La presentación de los resultados generales de los procesos de autoevaluación y de acreditación en los ámbitos regional y nacional será anual y contará con la participación de diversos actores como: los establecimientos de salud, los aseguradores de la salud, las universidades, los gremios profesionales, los usuarios y los evaluadores, lo que no impide que cada organización lo pueda hacer al concluir su autoevaluación o evaluación externa para la acreditación.

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| ACTIVIDAD | CRONOGRAMA | | | | | |
|---|------------|-----|-----|-----|-----|-------|
| | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE22 |
| Elaboración del plan | X | | | | | |
| Reuniones de socialización con el personal a participar | | X | | | | |
| Capacitación de la autoevaluación | | X | | | | |
| Autoevaluación de los EESS MR | | X | X | | | |
| Elaboración del informe técnico de la autoevaluación | | | | X | X | |
| Propuesta de recomendaciones | | | | | X | |
| Proyectos de mejora | | | | | | X |
| Tiempo de subsanación | | | | | | X |



MINSa
 RED DE SALUD SAN ROMAN
 Dra. Obsta. Graciela Bernal Salas
 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION 2022 DE LA MICRORED CABANILLAS

1. INTRODUCCION. -

Durante los últimos años se han producido cambios en materia de salud, la tecnología en medicina ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado un sistema de salud abierto al cambio.

Dentro del sistema, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la salud, siendo esta un proceso de evaluación periódica que tiene como propósito acciones de mejoramiento continuo en la prestación de la salud

La micro red Cabanillas en el mes de setiembre dará inicio al proceso de la autoevaluación, siendo esta la segunda fase de acreditación, con la finalidad de contribuir, garantizar, que los establecimientos de salud: centro de salud Cabanillas y los puestos de salud de la micro red cuenten con la capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de la salud.

2. JUSTIFICACION. -

La autoevaluación dentro del proceso de la acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa.

3. ALCANCE. -

La autoevaluación tiene alcance para todos los establecimientos de salud de la MR Cabanillas.

4. OBJETIVOS. -

-
- Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponden a cada nivel.
- Ofrecer a los usuarios de los servicios de salud que las decisiones clínicas y no clínicas preventivo promocionales se manejan con atributos de calidad y otorgan con el compromiso y orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
- Promover una cultura de calidad en todos los servicios de salud a través de cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Medir el grado de calidad en el desempeño de los trabajadores de salud en la presentación de servicios a los usuarios, permitiendo determinar el dato inicial o basal, para seguir mejorando de forma continua la calidad.

5. METODOLOGIA DE TRABAJO. -

Para la ejecución de la autoevaluación se cumplirán los siguientes pasos:

- Reunión de trabajo donde se participará vía virtual para la capacitación sobre el proceso de la autoevaluación
- Plan de trabajo de autoevaluación elaborado de acuerdo a las normativas.
- Conformación del comité de calidad donde se incorpora el equipo de autoevaluación.
- Realizar la selección de los evaluadores internos quienes recibirán el entrenamiento para la correcta aplicación del instrumento, técnicas de evaluación, instrumentalización, los mismos que tienen la responsabilidad de:
 - Cumplir con imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses.
 - Recolectar y analizar las evidencias objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones idóneas.
 - La comunicación con los evaluados debe ser respetuosa proactiva y clara.
 - Identificar acciones de evaluación continua.
 - Sistematiza los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación.
 - Garantizar la transparencia de las evaluaciones.

6. EQUIPO EVALUADOR. -

- Medico: Cesar Coila Paricahua - Jefe de la micro red
- Asistenta Social: Maritza Sillo Castillo
- Enfermera: Alberta Sulca Ali
- Obstetra: Janet M. Arauco Cham
- Obstetra: Ayde V. Luza Vargas

7. EQUIPO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A SER EVALUADO:

- Personal encargado y responsables de todas las estrategias del centro de salud Cabanillas.
- Jefes de cada puesto de salud del a micro red.
- La autoevaluación de la micro red Cabanillas se iniciará en el mes de setiembre y culminará en el mes de noviembre del 2021.
- Las técnicas utilizadas son:
 - Verificación y revisión.
 - Observación
 - Entrevista
 - Muestreo
 - Encuesta
 - Auditoria

7. INSTRUMENTOS A UTILIZAR – BASE LEGAL. -

- Norma técnica de salud para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo Nº 050 MINSA/DOSP-D-02 aprobada con RM nº456-2007/MINSA.
- Aplicativo de acreditación.
- Listado de estándares de acreditación por categoría de establecimientos.

- Guía técnica de evaluación RM N°270-2009/MINSA.
- Formato de registro de datos.
- Hoja de recomendación y matriz de selección (anexos 2,4,5).

8. PROCESO DE EVALUACION. -

- Cronograma y horario de evaluación ANEXO 01.
- El equipo evaluador en pleno se hace presente ante el jefe del establecimiento y personal utilizando el proceso de la evaluación interna, instrumentos y normas y otros documentos verificables.
- Terminada la evaluación se realizará los resultados de hallazgos, la calificación y recomendaciones.
- Reporte de observaciones que se adjunta.

9. RESULTADO FINAL.-

- Al concluir el proceso de evaluación se presentan los resultados de hallazgos, recomendaciones y la necesidad de elaboración de proyectos de mejora de la calidad.
- La calificación para poder subsanar en un tiempo de 8 meses.

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| ACTIVIDAD | OCT | NOV | DIC | ENE23 | FEB23 | MAR23 | ABRIL23 |
|--|-----|-----|-----|-------|-------|-------|---------|
| Elaboración del plan | X | | | | | | |
| Reunión de socialización del plan | | X | | | | | |
| Capacitación de la autoevaluación | | X | | | | | |
| Autoevaluación de los EESS MR | | X | X | | | | |
| Elaboración del informe técnico de la autoevaluación | | | | | | | |
| Propuesta de recomendaciones | | | | | | | |
| Proyectos de mejora | | | | X | X | X | |
| Tiempo de subsanación | | | | | | | X |



 Cesar Coita Paricanue

 MEDICO CIRUJANO

 CMP. 46307

JEFE DE LA MICRO RED CABANILLAS

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN DE 2022 MICRO RED CONO SUR

1. INTRODUCCIÓN. -

la Microred de cono sur, cuenta con 6 establecimientos de salud, de los cuales son: centro de salud cono sur i-4, centro de salud de Caratoco i-3, puesto de salud de 9 de octubre i-2, puesto de salud de Taparachi i-2, puesto de salud Collana Juliaca i-1, puesto de salud de suchis i-1, brindando atención integrada e integral las 24 horas del día; consulta externa; emergencias; a través de unidades productoras de servicio de salud tanto medico obstetras enfermeras, odontología, nutrición, psicología, laboratorio farmacia y otros servicios de salud, los cuales se plantean como único de sus principios básicos, la calidad relacionada con la atención efectiva oportuna personalizada y humanizada continua de acuerdo a los estándares acertados con el mejoramiento de la salud.

la Micro red Cono Sur, con fecha mes de octubre da inicio a la autoevaluación siendo esta la primera fase de acreditación, con la finalidad de contribuir, garantizar, que los establecimientos de salud de la micro red cuenten con la capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de la salud.

2. ALCANCE. -

la autoevaluación tiene alcance de nivel de todos los establecimientos de salud desde los servicios generales hasta los gerenciales, cumpliendo así con las tres grandes agrupaciones de los macro procesos: gerenciales, prestacionales y de apoyo.

3. OBJETIVOS. -

- mejorar las condiciones de atención a los usuarios de acuden a los establecimientos de salud y promocionar la salud.
- promover una cultura de calidad en todos los servicios de salud a través de cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- medir el grado de calidad en el desempeño de los trabajadores de salud en la presentación de servicios a los usuarios, permitiendo determinar el dato inicial o basal, para seguir mejorando de forma continua la calidad.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO. -

para la ejecución de la autoevaluación se cumplirán los siguientes pasos:

- plan de trabajo de autoevaluación elaborado de acuerdo a las normativas.
- conformación del comité de calidad donde se incorpora el equipo de autoevaluación.



PERÚ

Ministerio
de Salud

MICRO RED CONO SUR

- realizar la selección de los evaluadores internos quienes recibirán el entrenamiento para la correcta aplicación del instrumento, técnicas de evaluación, instrumentalización, los mismos que tienen la responsabilidad de:
- cumplir con imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses.
- recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones idóneas.
- la comunicación con los evaluados debe ser respetuosa proactiva y clara.
- identificar acciones de evaluación continua.
- sistematiza los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación.
- garantizar la transparencia de las evaluaciones.

5. EQUIPO EVALUADOR. -

| | |
|---------------------------------------|------------|
| MEDICO MILVIA YOVANA TICONA PARICOTO | PRESIDENTE |
| C.D. ARNOLD IRWING HUARCAYA BENAVENTE | SECRETARIO |
| LIC. ENF. NOHEMI ADA CONDORI SUPO | VOCAL |
| OBS. JORGE VARGAS MORAN | VOCAL |
| PSIC. VIVIANA BLANCA LLAMOCA GONZALES | VOCAL |

6. EQUIPO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A SER EVALUADO:

- las técnicas utilizadas son:
 - verificación y revisión.
 - observación
 - entrevista
 - muestreo
 - encuesta
 - auditoría

7. INSTRUMENTO A UTILIZAR. -

- norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo n°050 Minsa/dosp-d-02 aprobada con RM n°456-2007/Minsa.
- aplicativo de acreditación.
- listado de estándares de acreditación por categoría de establecimientos.
- guía técnica de evaluación RM n°270-2009/Minsa
- formato de registro de datos.
- hoja de recomendación y matriz de selección (anexos 2,4,5).

8. PROCESO DE EVALUACIÓN. -

- cronograma y horario de evaluación en el mes de octubre del presente año.

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| PUESTO DE SALUD TAPARACHI | 04 DE OCTUBRE DE 2021 |
| CENTRO DE SALUD CONO SUR | 06 DE OCTUBRE DE 2021 |
| PUESTO DE SALUD 9 DE OCTUBRE | 11 DE OCTUBRE DE 2021 |
| CENTRO DE SALUD DE CARACOTO | 13 DE OCTUBRE DE 2021 |
| PUESTO DE SALUD COLLANA Y SUCHIS | 18 DE OCTUBRE DE 2021 |



9. RESULTADO FINAL. -

- al concluir el proceso de evaluación se presentan los resultados de hallazgos, recomendaciones y la necesidad de elaboración de proyectos de mejora de la calidad.
- la calificación para poder subsanar en un tiempo de 9 meses.

ATENTAMENTE

MILVIA Y. TICONA PARICOTO
JEFE DE LA MICRORED CONO SUR



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN MICRORED SAMAN 2022



1.- INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de política de salud es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis a la población más vulnerable. El sistema de gestión de la calidad en salud busca articular e integrar los diversos aspectos, para el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de los servicios, con el objetivo de fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad.

La Micro Red Samán con fecha 1 de septiembre del 2022 da inicio a la Autoevaluación de Macroprocesos de calidad, siendo esta la cuarta fase del proceso de acreditación con finalidad de contribuir a garantizar que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

2.- JUSTIFICACIÓN

La auto evaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud, cuente con capacidades para brindar una atención de salud de calidad.

3.- ALCANCE

La autoevaluación tiene alcance a nivel de todos los servicios de la Micro Red, desde servicios generales hasta los gerenciales, cumpliendo así con las tres grandes agrupaciones de los Macro procesos.

Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo.

4.- VASE LEGAL

- Ley General de Salud N° 26642
- Ley del Ministerio de Salud N°27657
- R.M. N°616-20036-SA/DM, Aprueba el modelo del reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.

- Resolución Ministerial N°519 -2006, aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/2007/DGSP-V-02. de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- D.L. N° 1158 que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- D.S. N° 008-2017, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

5.- OBJETIVO ESPECÍFICOS

- * Organizar y planificar el proceso de autoevaluación.
- * Realizar el proceso de autoevaluación y evaluación en el nivel de cumplimiento de los criterios, que corresponden a los establecimientos de salud: 1-1;1-2;1-3.
- * Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora, basadas en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.
- * Dar a conocer a instancias superiores los resultados del proceso de autoevaluación.

6.-METODOLOGIA DE AUTOEVALUACIÓN

Para la ejecución de la autoevaluación se cumplieron los siguientes pasos:

a) TECNICAS DE AUTOEVALUACIÓN

El equipo evaluador, evaluara los diferentes servicios

- Verificación de documentos.
- Observación directa de los procesos.
- Entrevistas, muestreo, encuestas.
- Auditorias de registros médicos.

b) INSTRUMENTO A UTILIZAR

Listado de estándares de acreditación, que constan de 21 Macroprocesos.
Referencias normativas y fuentes auditables.

c) PROCESO DE EJECUCIÓN

Inicio: mes de septiembre, octubre, noviembre del 2022.

7.-CRONOCRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2022

✚ Ejecución del Plan de autoevaluación:

*Responsable Dra. Luz Guevara Rivera.

| <u>Macroproceso</u> | <u>Equipo evaluador</u> |
|----------------------------------|-----------------------------|
| Direccionamiento | Dra. Luz Guevara Rivera |
| Gestión de RHH | Nut. Marcia Mollepasa Tapia |
| Gestión de calidad | Dra. Luz Guevara Rivera |
| Manejo del Riesgo de la Atención | Lic. Marilú Cahuapasa Lipa |
| Atención Ambulatoria | Dra. Luz Guevara Rivera |
| Atención Extramural | Dra. Luz Guevara Rivera |
| Atención de Emergencias | Dra. Luz Guevara Rivera |
| Admisión y Alta | Tec. Néstor Pomari Basurco |
| Referencias y Cortar referencias | Dr. Huanca Nina Néstor |



PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION 2022 MICRO RED JULIACA



INTRODUCCIÓN

El proceso de acreditación de los 12 Establecimientos de salud de la Micro Red Juliaca, comprende la primera fase de autoevaluación; la cual se desarrolla sobre la base de estándares previamente definidos por el Ministerio de Salud, contenidos en el listado de estándares de acreditación y que enfocan esta nueva propuesta en el marco de gestión por procesos.

Para el desarrollo del proceso de autoevaluación para la acreditación se estableció un comité de evaluadores internos, reconocidos mediante resolución directoral. Estos evaluadores son profesionales de la salud, técnicos asistenciales y administrativos, encargados de las diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades con relación a la acreditación; fueron capacitados y autorizados para ejercer esta función, así como también representantes de la oficina de gestión de la calidad, que son encargados de fortalecer la transparencia de la fase de evaluación.

En la actualidad, los servicios de salud deben evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua, en este marco de acreditación se constituye un elemento esencial en el proceso de alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad y precisión y de esta manera los procesos de atención de salud logren el resultado esperado en los actores involucrados.

La acreditación por sí misma, resulta estimulante para los integrantes de los Establecimientos de Salud, ya que su realización lleva implícita la puesta en marcha de ejercicios de autoevaluación, en los cuales el personal participa activamente. Por lo tanto, la acreditación debe ser periódica como una acción de evaluación participativa y por decisión propia y no como una exigencia o requisito de la autoridad institucional, al mismo tiempo se orienta hacia la calidad de atención del usuario en general.

JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la 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 medidas 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 de estrategia y herramienta se constituye en actitud permanente de respeto e interacción entre los involucrados en el proceso evaluativo. Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo en un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se proponen también un andamio 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 constituir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento (Fetremán 1996).
- Los Establecimientos de Salud de la Micro Red Juliaca, requieren garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios de salud que brindan.

ALCANCE

El presente plan es de aplicación de cumplimiento obligatorio de toda las unidades orgánicas que constituyen la institución para lo cual los evaluadores internos implementaran el proceso establecido en le presente documento.

BASE

1. Ley N°26790, Ley de modernización dela seguridad social
2. Ley N° 26842, Ley general de salud
3. Ley N° 27657, Ley del ministerio de salud
4. Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización
5. Ley N° 27806, Ley de transparencia y acceso a la información publica
6. Ley N° 27813, Ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud
7. Ley N° 27867, Ley Orgánica de los gobiernos regionales
8. Ley N° 27972, Ley orgánica de municipalidades
9. DS. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de organización y funciones del ministerio de salud
10. DS. N° 013-2006-SA, que aprueba el reglamento de Establecimientos de salud y de servicios médicos de apoyo
11. Resolución precidencialN°026-CMD-P-2005, que aprueba el plan de transferencia sectorial del quinquenio 2005-2009
12. R.M. N°616-2003-SA/DM, que aprueba el reglamento de organización y funciones de los hospitales.
13. R.M.N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
14. R.M. N°1263-2004/Minsa, que aprueba la directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V.01 Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los hospitales del MINSA.
15. R.M. N°246-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico. Lineamientos de policía tarifaria en el sector salud.
16. R.M. N°519-2006/ MINSA que aprueba el documento técnico. Sistema de gestión de la calidad de salud.

OBJETIVOS

OBJEIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incorporará a la gestión de los EESS de la Micro Red de Salud la autoevaluación y el análisis correspondiente como herramienta pata incrementar la calidad de los servicios que brinda.
- Implementar un plan de mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.

PROCESO DE EVALUACIÓN.

- CRONOGRAMA Y HORARIO DE EVALUACIÓN.
- EL EQUIPO EVALUADOR EN PLENO SE HACE PRESENTE ANTE EL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO Y PERSONAL UTILIZANDO EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN INTERNA, INSTRUMENTOS Y NORMAS Y OTROS DOCUMENTOS VERIFICABLES.
- TERMINADA LA EVALUACIÓN SE REALIZARÁ LOS RESULTADOS DE HALLAZGOS, LA CALIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES.
- REPORTE DE OBSERVACIONES QUE SE ADJUNTA.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

- Setiembre 2022, capacitación y sociabilización norma técnica del equipo de autoevaluación.
- Octubre y noviembre del 2022, visita y autoevaluación de cada uno de los EESS de la Micro Red Juliaca.
- Diciembre del 2022, informe sobre los resultados del proceso de autoevaluación.





PLAN DE TRABAJO AUTOEVALUACIÓN
MICRO RED TARACO 2022

INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La obtención de la calidad en salud es una gesta de la integración de todos los actores del sector. En este contexto el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo. A partir de su elaboración e implementación, desde hace casi seis años, la gestión de la calidad ha venido avanzando en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, que busquen la satisfacción de los usuarios, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano. En este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

MICRORED TARACO

OBJETIVOS

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

AMBITO DE ACCIÓN

- Las disposiciones del presente plan de trabajo son de aplicación en todos los establecimientos de salud pertenecientes a la Microred Taraco

BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
5. Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
6. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
7. Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales. IV B

ESTRATEGIAS

- Coordinar con las diferentes Estrategias Sanitarias
- Coordinar con representantes de Programas Sociales
- Coordinar con representantes de la Municipalidad Distrital

MICRORED TARACO

ORGANIZACIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN

1. El proceso de acreditación de establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo está a cargo de diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas y compartidas con relación a la acreditación.

Se ha previsto la conformación de las siguientes unidades:

- a. Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud: Órgano funcional de carácter permanente, existente en el ámbito nacional; está integrado por representantes del sector salud y la sociedad organizada, que tiene, entre otras, la función de gestionar el proceso de evaluación externa para la acreditación a nivel nacional y la atribución de solicitar los resultados de verificación de la condición de acreditado de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, durante la vigencia de la acreditación.
- b. Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud: Órgano funcional de carácter permanente, existente en el ámbito regional; está integrado por representantes del sector salud y la sociedad organizada, que tiene, entre otras, la función de gestionar el proceso de evaluación externa para la acreditación y la atribución de solicitar los resultados de verificación de la condición de acreditado de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, durante la vigencia de la acreditación.
- c. El Equipo de Acreditación de la Microrred de Establecimientos de Salud, del Establecimiento de Salud o del Servicio Médico de Apoyo: Unidad funcional del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, público o privado conformado por un equipo designado por la Dirección de la microrred

MICRORED TARACO

o la autoridad institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso.

El Equipo de Acreditación de la Microrred, del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo contará con un coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. En las microrredes de salud de la red asistencial del MINSA, el Equipo de Acreditación estará conformado por cada uno de los Jefes de Establecimientos de Salud de la microrred, o por quien éstos deleguen oficialmente.

FASES DE LA ACREDITACIÓN

1. Autoevaluación. Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.

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

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

2. Evaluación externa. Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados. a. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria. Resultados de la evaluación

1. Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:

a. Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.

b. No acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.

2. En el caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como NO ACREDITADO, los plazos y los

MICRORED TARACO

procedimientos de evaluación que debe cumplir el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que desee continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:

- a. Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses. Avanzando hacia la acreditación NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINSA / DGSP - V.02 20,
 - b. Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
 - c. Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación. 3. En el caso de que los plazos no se cumplan, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.
4. La presentación de los resultados generales de los procesos de autoevaluación y de acreditación en los ámbitos regional y nacional será anual y contará con la participación de diversos actores como: los establecimientos de salud, los aseguradores de la salud, las universidades, los gremios profesionales, los usuarios y los evaluadores, lo que no impide que cada organización lo pueda hacer al concluir su autoevaluación o evaluación externa para la acreditación.

RECURSOS HUMANOS

- Personal de Salud que conforma el comité de Acreditación

MICRORED TARACO

RECURSO DE MATERIAL

- Laptop
- Computadoras
- Material de escritorio
- Software de autoevaluación

RECURSO FINANCIERO

- REDESS San Román
- Micro Red Taraco

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2022

| ACTIVIDAD | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | |
|--|---------|----|----|----|-----------|---|----|----|
| | 15 | 19 | 21 | 23 | 3 | 5 | 12 | 17 |
| Reunión del equipo evaluador | X | | | | | | | |
| Presentación del software evaluador | X | | | | | | | |
| Autoevaluación PS Ramis | | X | | | | | | |
| Autoevaluación PS Puquis | | | X | | | | | |
| Autoevaluación Jasana | | | | X | | | | |
| Autoevaluación Huancollusco | | | | | X | | | |
| Autoevaluación Taraco | | | | | | X | | |
| Presentación informe final de la Autoevaluación en la Microred | | | | | | | X | |
| Presentación informe final de la Autoevaluación en la Microred | | | | | | | | X |





GOBIERNO
REGIONAL
PUNO

DIRECCIÓN
REGIONAL DE SALUD

RED DE SALUD – SAN ROMÁN
Oficina de Salud de las Personas

SERVICIOS DE SALUD - CALIDAD

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

PLAN DE TRABAJO

CALIDAD

Y

SERVICIOS DE SALUD



RESPONSABLE:

GRACIELA BERNAL SALAS

RODOLFO MELGAR LÓPEZ

JULIACA - 2022.



PLAN DE ACREDITACIÓN DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollara en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

De esta manera actualizar la norma, implicó en un primer momento una revisión de la experiencia nacional e internacional, entrevistas a actores claves y reuniones técnicas con expertos en el tema.

La experiencia mostró que la acreditación en salud ha acompañado la mayor parte de los procesos de reforma de los sistemas de salud, como mecanismo de garantía de la calidad de los servicios de salud que se debe brindar a los usuarios.

El producto final, define una norma de alcance universal, pues abarca establecimientos de salud de todos los niveles, de aplicación nacional en un proceso único a nivel país y gradual en la medida que exigirá niveles mayores de calidad.

Este modelo incluye la autoevaluación de carácter obligatorio y una evaluación externa de carácter voluntario, pero necesario para adquirir la condición de acreditado; ambas fases centradas en un enfoque de procesos.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Esta norma técnica finalmente, tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud

De esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega Estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

Este Proceso está Sustentada en la Norma Técnica de Salud N° 050 - Minsa / DGSP - V.02 Y que permite la acreditación de todos los Establecimientos de Salud Y Servicios Médicos de apoyo

II.- FINALIDAD

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

III.- OBJETIVOS

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

IV BASE LEGAL

1. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
5. Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
6. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
7. Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
8. Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
9. D. S. N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

10. D. S. N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
11. Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009.
12. R. M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
13. R. M. N° 235-2006-SA/DM, que aprueba los Lineamientos para la formulación del Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos.
14. R. M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud.
15. R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud.
16. R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.4

V.- ORGANIZACIÓN DE INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA RED DE SALUD SAN ROMÁN

1. Director de la Red San Román
2. Jefe de Salud de las Personas que se encarga de la conducción del proceso de acreditación en el ámbito de la Red de Salud San Román.
3. Los Jefes de cada Micro Red de la Red de Salud San Román
4. Un representante de cada grupo ocupacional según consenso de los jefes de la micro red según capacitación y experiencia
 - a) Un Representante del Grupo ocupacional Médico
 - b) Un representante del Grupo ocupacional Cirujanos Dentistas
 - c) Representante del Grupo ocupacional Enfermería
 - d) Representante del Grupo Ocupacional de Obstetricia
 - e) Un Representante del Grupo Ocupacional de Químico Farmacéutico
 - f) Un Representante del Grupo ocupacional de Asistentas Sociales
 - g) Un Representante del Grupo Ocupacional Biólogo
 - h) Un Representante del Grupo Ocupacional Tecnólogo Médico
 - i) Un representante de Grupo Ocupacional Nutricionistas
 - j) Un Representante de Grupo Ocupacional Técnicos de Enfermería
 - k) Un representante del Grupo Ocupacional grupo administrativo



DISPOSICIONES GENERALES.

1. El proceso de acreditación comprende dos fases: autoevaluación y evaluación externa.
2. El proceso de acreditación para el primer nivel de atención comprende acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación y que estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control por la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional.
3. La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.
4. El Listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad estructura, procesos y resultados que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse.
5. La revisión de los estándares de acreditación se realizará mínimo cada tres años, la cual contará con la participación de diversos actores de la sociedad.
6. Los estándares de acreditación deben tener un alcance integral del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y deben estar prioritariamente enfocados en procesos, como punto central de la metodología de mejoramiento continuo y basado en el enfoque al usuario.
7. El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.
8. El Comité de acreditación de la Red de Salud Ejerce funciones de conducción del proceso de acreditación a través de los jefes de las Cabeceras de Micro Red y jefes de los Establecimientos de Salud.
9. La Unidad de Calidad de la Red y Servicios de Salud: Ejercen funciones de conducción relativa al proceso de acreditación
10. . Constituyen parte de la organización los evaluadores, quienes son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos del sector salud, públicos y privados, formados y autorizados.
 - a. Evaluadores internos: realizan la evaluación interna, o autoevaluación en los límites del establecimiento de salud/microrred, aplicando los estándares de acreditación.
 - b. Evaluadores externos: realizan la evaluación externa de la calidad de un establecimiento de salud/microrred cumplen con criterios de elegibilidad relacionados con la independencia, autonomía y experticia.



FASES DE LA ACREDITACIÓN

1. Autoevaluación. Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.
 - a. La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
 - b. Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.
2. Evaluación externa. Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados.
 - a. La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

1. Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue: a. Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares. b. No acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.
2. En el caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que desee continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:
 - a. Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
 - b. Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
 - c. Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.
3. En el caso de que los plazos no se cumplan, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.
4. La presentación de los resultados generales de los procesos de autoevaluación y de acreditación en los ámbitos regional y nacional será anual y contará con la participación de diversos actores como: los establecimientos de salud, los aseguradores de la salud, las universidades, los gremios



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

profesionales, los usuarios y los evaluadores, lo que no impide que cada organización lo pueda hacer al concluir su autoevaluación o evaluación externa para la acreditación.

De la Red de Servicios de Salud:

1. Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud públicos de la red asistencial del MINSA para la autoevaluación.
2. Realiza acciones de sensibilización y promoción del proceso en los niveles correspondientes.
3. Maneja la información generada en el proceso.
4. Registra el inicio de las autoevaluaciones en los establecimientos de salud/microrred o servicios médicos de apoyo de la red asistencial del MINSA de su jurisdicción e informa a la DIRESA/DISA correspondiente.
5. Recepciona y registra los Informes Técnicos de Autoevaluación de los establecimientos de salud.
6. Informa a la DIRESA/DISA correspondiente los resultados de las evaluaciones.
7. Promueve la implementación de las recomendaciones de los equipos evaluadores en los establecimientos evaluados.

DEL JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O MICRORRED:

1. Define las acciones de planificación para la acreditación.
2. Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
3. Designa formalmente al Equipo de Acreditación del establecimiento de salud/microrred.
4. Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud/microrred.
5. Destina recursos para la realización de la autoevaluación, evaluación externa, y para las acciones de mejoramiento continuo.
6. Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN DE LA MICRORRED Y/O ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

1. Coordina con evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
2. Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud/DIRESA/DISA según corresponda.
3. Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud y/o DIRESA/DISA.

Del Evaluador para la Acreditación:

1. Realiza acciones de evaluación interna y externa según sea el caso.
2. Propone acciones de mejoramiento continuo.
3. Emite un Informe Técnico de Evaluación.
4. Rinde cuentas de su desempeño a la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o su equivalente en las DIRESAS/DISAS.
5. Observa las disposiciones establecidas en el Código de Ética del Servidor Público.

IMPLEMENTACION.

1. Aplicación del instrumento de acreditación mediante el listado de estándares de acreditación a todos los EESS de la Red San Román.
2. Analiza los resultados de los instrumentos de acreditación.
3. Elevación del instrumento a la DIRESA PUNO.

METODOLOGIA DE LA EVALUACION

El equipo de evaluadores internos de la Red de Salud San Román utilizara técnicas de verificación que le permitan evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación

1.- VERIFICACIÓN / REVISIÓN DOCUMENTARIA

Una de las fuentes da las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el, estudios de mapa de procesos etc.



2.- OBSERVACIÓN

Permite seguir las maneras como se desarrollan los macro procesos en la práctica y se observa a las personas así también se observa el entorno

3.- ENTREVISTAS.

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

4.- MUESTRAS

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

5.- ENCUESTAS.

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

6.- AUDITORIA.

Exámenes que determina y señala hasta que punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda los EESS, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macro procesos que para los establecimientos del Primer Nivel, categorías desde el I al o IV consta de criterios de estructura, criterios de proceso y criterios de resultado.

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos institucionales y las normas internas de la Red de Salud San Román

Los instrumentos están validados por el Minsa

PLAN DE TRABAJO

- ORGANIZAR Y PLANIFICAR EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN
 - a) Conformación de equipos de acreditación
 - b) Conformación de acreditadores internos
 - c) Capacitación de evaluadores internos
 - d) Elaboración del plan y designación del líder
 - e) Designación de responsabilidades por macroproceso
 - f) Aprobación del 'la de autoevaluación
 - g) Difusión del proceso a autoevaluación



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

- REALIZAR EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN Y EVALUAR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE LA LISTADA DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN QUE CORRESPONDE A UN ESTABLECIMIENTO
 - a) Difusión del plan a autoevaluación
 - b) Reunión de análisis
 - c) Comunicación del inicio a de autoevaluación
 - d) Aplicación de la lista de estándares de acreditación

- ANALIZAR LOS RESULTADOS
 - a) Generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basada en las debilidades detectadas durante el proceso a de auto evaluación
 - b) Procesamiento de a datos y análisis del resultado
 - c) Elaboración del informe del proceso de autoevaluación

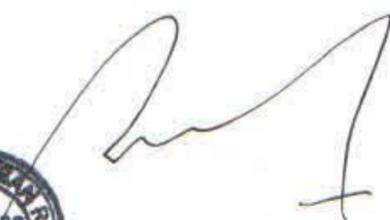
RESPONSABILIDADES

El equipo de gestión, los responsables de cada macroproceso los evaluadores internos y el personal que labora en la Red de Salud San Román son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan

RESPONSABLES

- GRACIELA BERNAL SALAS
- RODOLFO MELGAR LÓPEZ

PRESUPUESTO.



Rodolfo Melgar López
RESPONSABLE
SERVICIOS DE SALUD



MINSA
RED DE SALUD SAN ROMÁN
Dra. Obst. Graciela Bernal Salas
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

- REALIZAR EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN Y EVALUAR EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE LA LISTADA DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN QUE CORRESPONDE A UN ESTABLECIMIENTO
 - a) Difusión del plan a autoevaluación
 - b) Reunión de análisis
 - c) Comunicación del inicio a de autoevaluación
 - d) Aplicación de la lista de estándares de acreditación

- ANALIZAR LOS RESULTADOS
 - a) Generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basada en las debilidades detectadas durante el proceso a de auto evaluación
 - b) Procesamiento de a datos y análisis del resultado
 - c) Elaboración del informe del proceso de autoevaluación

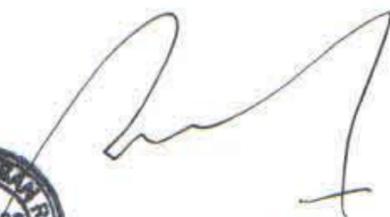
RESPONSABILIDADES

El equipo de gestión, los responsables de cada macroproceso los evaluadores internos y el personal que labora en la Red de Salud San Román son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan

RESPONSABLES

- GRACIELA BERNAL SALAS
- RODOLFO MELGAR LÓPEZ

PRESUPUESTO.



Rodolfo Melgar López
RESPONSABLE
SERVICIOS DE SALUD

MINSA
RED DE SALUD SAN ROMÁN
Dra. Obst. Graciela Bernal Salas
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD