



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional De Salud Puno  
RED DE SALUD CHUCUITO  
DIRECCION



Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho

Juli. 16 de Julio de 2024  
Dirección Regional de Salud Puno  
TRAMITE DOCUMENTARIO

18 JUL 2024

Firma: *E. Corrales Mejía* Hora: 10:30 Fecha: 17  
Control de Recepción

OFICIO N° 533 -2024-D/RSCII-JULI

Señor:  
Dr. Edwin Wilbert CORRALES MEJIA  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ASUNTO : REMITO RESOLUCIONES DE PLAN DE AUTOEVALUACION

ATENCIÓN : DIRECCION DE LA CALIDAD EN SALUD DIRESA PUNO

PRESENTE.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle alcance del acto resolutorio del *Plan de Autoevaluación 2024*, de los establecimientos del primer nivel de atención y el hospital de la Red de Salud Chucuito, con la finalidad de dar cumplimiento a las actividades programadas dentro del plan de trabajo anual del Sistema de Gestión de la Calidad y los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios de Salud según Ficha N° 44, Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud; por tal motivo adjunto las resoluciones respectivas.

Agradeciéndole por su atención, aprovecho de la oportunidad para expresarle las consideraciones de mi mayor estima personal.

Atentamente,



## Resolución Directoral

Juli, 24 de mayo de 2024.

### VISTOS:

Oficio N° 003 -2024-SGCS/EPID/H "R.O.R." JRED SALUD CHUCUITO con asunto REMITO PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL R.O.R. JULI, firmada por Coordinador de Calidad y Servicios del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"- Juli, AVELINO COLCA HUMPIRI, Directiva Sanitaria N° 456-2007/MINSA, y:

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 Ley General de salud, establece que toda persona "tiene derecho a la protección de 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 y calidad";

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es 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, aumentando la eficacia y la eficiencia de los procesos en el corto, mediano y largo plazo, documentos 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 lo establecimientos de salud, según su nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares 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", la misma que es modificada por la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 2007, en la cual se aprueba el NTS N° 050- MINSA/ DGSP-V.02;

Que, la NTS N° 050-MINSA DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", 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 establecimientos 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 de 2009, se resuelve en su artículo 1° Aprobar la "Guía técnica de Evaluación para la acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector que pertenecen a los niveles I, II y la categoría II- I en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, la Guía Técnica en mención tiene por finalidad estandarizadas el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación; Brindando elementos conceptuales sobre el proceso de acreditación como mecanismos de gestión y evaluación de la calidad en la atención Proporcionando elementos metodológicos





## Resolución Directoral

Juli, 24 de mayo de 2024.

para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa establecimiento de pautas para organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de acreditación:

Que, mediante Oficio N° 003 -2024-SGCS/EPID/H "R.O.R" J/RED SALUD CHUCUITO con asunto REMITO PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL R.O.R. JULI, el Coordinador de Calidad y Servicios del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"- Juli, AVELINO COLCA HUMPURI, remite indicado plan, en amparo de la Directiva Sanitaria N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma técnica de salud para la acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y:

Que, con visto bueno del área funcional de Recursos Humanos de la Dirección de Administración de la Dirección de la Red de Salud Chucuito, y por las consideraciones previamente expuestas; y en uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 405 - 2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como una autoridad en salud en cada Región, y las atribuciones conferidas por Ordenanza Regional N° 0026-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del reglamento de Organización y Funciones y Estructura Funcional del ámbito de la Dirección Regional de Salud Puno; delegadas mediante Resolución Directoral Regional N° 007-2024 DRS-PUNO-OERRHH y demás normas conexas;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR** en vía de regularización y eficacia del 18 de enero del 2024 el "PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL ORTIZ RAVINES - JULI 2024", documento que forma parte íntegra de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR** al Coordinador de Calidad y Servicio de Salud del Hospital Rafael Ortiz Ravines - Juli, cumplir con las acciones correspondientes, según lo establecido en las normas emanadas del MINSA, incrementos de Gestión y demás normas conexas.

**ARTÍCULO TERCERO. - TRANSCRIBASE Y NOTIFIQUESE** la presente resolución al interesado y demás instancias administrativas para conocimiento y fines de Ley.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



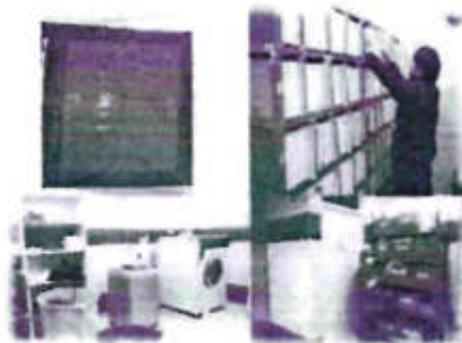
## GOBIERNO REGIONAL PUNO

### DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

### RED DE SALUD CHUCUITO

### HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES"- JULI

## PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL R.O. R JULI



#### COMITE DE ACREDITACION DE DEL H.R.O.R JULI - 2024

- M.C. PERCY SARDON COTRINA
- LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE
- LIC. ENF. TERESA VILLAS GUTIERREZ
- OBST. AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO
- C.D. MICHEL MAMANI CAHUATA
- BLGA. ROXANA LUQUE ARAOZ
- Q.F. ZENAYDA CRUZ ORTEGA
- TAP. NELSON CLEMENTE PERCA



## **PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN INTERNA PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL "RAFAEL ORTIZ RAVINES" – JULI 2024**

### **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 alcance 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.

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

**"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"**

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 Rafael 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:

- ✓ 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.

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"

- ✓ 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 Rafael 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 del Hospital Rafael Ortiz Ravines Juli, la autoevaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- ✓ Implementar un Plan de Mejoramiento dirigido a enfrentar los problemas 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/MINSA, que aprueba la "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"

## VI. ALCANCE

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

## VII. CONTENIDO

### TECNICAS EVALUATIVAS

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

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 los 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 del Hospital Rafael Ortiz Ravines de Juli 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 servicios de salud del hospital II-1 de la RED DE SALUD CHUCUITO, siguiendo los siguientes pasos:

- ✓ Elaboración del plan
- ✓ Identificación de los macro procesos para cada servicio.
- ✓ Conformación de equipo responsable por cada macroproceso
- ✓ Sistematización de todas las fuentes auditables por cada macroproceso

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"

- ✓ 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 autoevaluación con asistencia del equipo en pleno, el personal del servicio evaluado, haciendo constar en el acta los procedimientos y objetivos de la acreditación.
- ✓ Interactuar entre evaluadores y evaluados a efecto de concertar las modalidades del proceso para iniciar con la presencia de los documentos solicitados (a la vista).
- ✓ Cada estándar es leído, comprendida e interpretación con la verificación de documentos en las áreas y servicios evaluados.
- ✓ Observación de la interacción del personal con los pacientes para inferir conclusiones del valor en el proceso.
- ✓ Recorrer los ambientes de todos los servicios o área conjuntamente con el personal para verificar los ambientes físicos, seguridad, privacidad y flujo de pacientes.
- ✓ Todos los hallazgos de fortalezas y debilidades se consignarán en el libro de actas y en el documento de trabajo.
- ✓ Al analizar los evaluadores presentadores presentarán 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 macro procesos, común lapso de 30 días.
- ✓ Posterior a ello el equipo evaluador realizará 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 los criterios de evaluación se han cumplido, así como recoger sus puntos de vista y explicaciones al respecto.

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

*"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"*

- ✓ Acordar en la reunión la fecha de entrega del informe técnico, teniendo que quedar registrado en actas, así como lo anterior.
- ✓ Presentar el informe técnico de autoevaluación señalando las conclusiones de la evaluación interna, así como las respectivas recomendaciones.

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

**IX. RESPONSABILIDADES**

- ✓ El presente plan de autoevaluación en el hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli es de cumplimiento obligatorio de parte de los jefes y/o responsables, personal asistencial del Hospital "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- ✓ Comité de seguridad del paciente del "Rafael Ortiz Ravines" Juli.
- ✓ La oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

**X. ACTIVIDADES**

Las actividades y tareas que se desarrollaran en el año 2024:

- ✓ Conformar el Equipo de Acreditación del Hospital, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta fines de noviembre
- ✓ Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta fines de noviembre
- ✓ Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Hospital donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta fines de noviembre
- ✓ Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta noviembre 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 DIRESA en impreso y en magnético hasta diciembre año 2023.
- ✓ Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en el hospital.

**XI. ORGANIZACIÓN**

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

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"

**XII. RECURSOS**

**Recursos Humanos**

- ✓ Director del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"
- ✓ equipo de acreditación de establecimientos del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"

**COMITE DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2024**

- M.C. PERCY SARDON COTRINA
- LIC. AVELINO COLCA HUMPIRE
- LIC. ENF. TERESA VILLAS GUTIERREZ
- OBST. AUREA TATIANA QUISPE CORNEJO
- C.D. MICHEL MAMANI CAHUATA
- BLGA. ROXANA LUQUE ARAOZ
- Q.F. ZENAYDA CRUZ ORTEGA
- TAP. NELSON CLEMENTE PERCA
- ✓ Responsable de SGCS del Hospital "Rafael Ortiz Ravines"
- ✓ Jefes y/o responsables de los servicios del hospital "Rafael Ortiz Ravines"

**RECURSOS MATERIALES**

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION
04	Unidades	Archivadores palanca/ ancho 34x28.5x8.5 cm
20	Unidades	fastener
12	Unidades	fólderes A-4
06	Unidades	lapiceros azules
01	Unidades	mota
03	millar	papel bond A-4
01	Unidad	Pizarra acrílica
03	unidades	plumones para pizarra acrílica
01	Unidad	toner para impresora HP laser 17 A
2000	unidades	Vale de fotocopia

**SERVICIOS**

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION
12	Unidades	anillados
500	Unidades	Copias de formatos de lista de estándares de acreditación. anexo (8)

**XIII. EJECUCIÓN**

Se realizará los meses de agosto y setiembre del 2024.





**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO**  
**RED DE SALUD CHUCUITO**



**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNI Y AYACUCHO"

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

COMPONENTE / LINEAS DE ACCIÓN / CRITERIOS Y ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAS 2024	CRONOGRAMA - TRIMESTRAL				FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE
			I	II	III	IV		
<b>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. ma Política de Calidad en Salud).</b>								
Conformar el Equipo de Acreditación a nivel de Hospital, con documento resolutivo Directoral. Fecha máxima hasta afines de noviembre	Dcto/RD	1	X				Resolución Directoral	Director Hosp y Responsable Calidad
Selección con RD de Evaluadores Internos, capacitar y/o asistencia técnica para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar. Hasta afines de noviembre	Dcto/RD	1	X				RD	Equipo Calidad DIRESA-PUNO, Responsable Redes,Hosp.
Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación a nivel de Hospital donde se consigne simultáneamente a los responsables del Servicio/área/departamento que interactúen con los evaluadores internos. Fecha máxima de entrega a DIRESA hasta afines de noviembre.	Plan /RD	1					Informe de Asistencia Técnica , Libro actas	Director Hosp/ Responsable Calidad.
Comunicación del inicio de la autoevaluación, fecha máxima a comunicar a DIRESA hasta afines de agosto del 2024.	Documento	1			X		Consolidado de Planes	Responsable Calidad Redes y/Hosp
Ejecución del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud.	Evaluated	1			X		Documento y formatos anexos.	Equipo Conformados MR/Hosp
Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores internos. Envía a la DIRESA en impreso y en magnético hasta diciembre año 2024.	Informe	1				X	Informe Técnico Final de ejecuc - Autoevaluación y anexos.	Equipo Evaluadores Internos/Responsable Calidad /Hosp.
Socializa el resultado de Autoevaluación y realiza planes de mejora en los establecimientos de salud.	Informe	1				X	Libro actas, Informe	Responsable Calidad Redes y Comité a nivel de Redes.

