



Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Macusani, 12 de julio del 2024

OFICIO N° 666 -2024 - DIR. R.S.C./DIRESA PUNO/DRP/MINSA

SEÑOR : DR. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA  
DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN A : DIRECCIÓN DE CALIDAD

ASUNTO : REMITO RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE  
AUTOEVALUACIÓN 2024 DE LA RED DE SALUD CARABAYA.

*Dirección Regional de Salud Puno*  
**TRAMITE DOCUMENTARIO**  
 22 JUL 2024  
 Firma: \_\_\_\_\_ Hora: 15:00 Fotos: 15  
**Control de Recepción**

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez remitir a su Dirección de Calidad la Resolución de Aprobación del Plan de Autoevaluación de los establecimientos de primer nivel de salud de la Red de Salud Carabaya 2024, el cual es parte del proceso de acreditación en la Gestión de la Calidad de la IPRESS y en los criterios de evaluación en la ficha N° 44 de Convenios de Gestión.

A la vez cabe mencionar que el documento resolutivo se encuentra publicado en la Web Institucional de la red de Salud Carabaya.

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a Ud. mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
 RED DE SALUD CARABAYA  
 M<sup>c</sup> CAROL A. GALLARDO  
 DENTISTA  
 DIRECTOR



# Resolución Directoral

Macusani, 15 de Julio del 20 24



**VISTO:**

El Expediente con Registro N° 6607-2024 que contiene el OFICIO N° 007-2024/DIRESA PUNO/RED DE SALUD CARABAYA/S.G.C de fecha de 08 de julio de 2024, de la Coordinación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la Red de Salud Carabaya que solicita la emisión de acto resolutorio de APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 DE LA RED DE SALUD CARABAYA; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; así pues, resulta responsabilidad del Estado reducir el impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones de riesgo elevado para la salud y la vida de los pobladores, así como mejorar las condiciones sanitarias y la calidad de vida de su población.

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la Salud, es de Interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla.



Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2° define el término acreditación como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiene a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de Salud.

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO, establece que "Los establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo están obligados a garantizar la seguridad y calidad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda". La norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96°, dispone que: "A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° del presente reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención en salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan al proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";



Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistemas de Gestión de la Calidad de Salud" el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientándolo a obtener resultados para la mejora de la calidad de Atención en los Servicios 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" y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se Aprueba la Norma Técnica N° 50-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y de Servicios médicos de Apoyo", establece que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada. Además, refiere que el equipo evaluador interno realiza las acciones de evaluación según el plan de autoevaluación (aprobado por la autoridad institucional) y concluye con la emisión de un informe técnico de Autoevaluación que hará de conocimiento a la autoridad institucional para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción;



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
RED DE SALUD CARABAYA  
Jr. Grau Nº 511

# Resolución Directoral

Macusani, 15 de Julio del 20 24

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y el "Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa Nº 151-MINSA/DSP V.01, Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicio de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de los Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, mediante OFICIO Nº 007-2024/DIRESA PUNO/RED DE SALUD CARABAYA/S.G.C de fecha de 08 de julio de 2024, la Coordinación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la Red de Salud Carabaya, solicita la emisión de acto resolutorio de APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 DE LA RED DE SALUD CARABAYA, que tiene por objetivo general evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes procesos de implementación de los lineamientos del documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que contribuyan a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de la salud del sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, regional y local) en lo relativo a la calidad de atención y de gestión, estableciendo como uno de sus componentes la garantía y mejora de la calidad en salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente; por lo que resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad y emitir el acto resolutorio que aprueba el "Plan de Autoevaluación de la Red de Salud Carabaya 2024"



Que, de conformidad con la Ley Nº 26842, Ley General de Salud; Ley Nº 27783 Ley de Bases de la Descentralización modificada por Ley Nº 28379; Resolución Ministerial Nº 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistemas de Gestión de la Calidad de Salud; la Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; la 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 Nº 012-2014-GRP-CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones y la estructura orgánica de la Dirección de Salud de Puno; y



Estando a lo dispuesto por la Dirección de la Red de Salud Carabaya - Macusani y lo informado por la Unidad de Recursos Humanos;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR**, el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE LA RED DE SALUD CARABAYA 2024", el mismo que en Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR**, a la Oficina de Gestión de la Calidad el cumplimiento del "Plan de Autoevaluación Institucional de la Red de Salud Carabaya 2023", aprobado en el Artículo primero de la presente Resolución.

**ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER** que la oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia de la Red de Salud Carabaya.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**

C.c.  
Dirección.  
Oficina de RR.HH.  
Archivo.

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
DIRECCION  
Mg. Cesar A. Gallegos Gallegos  
C. RANNO DE VISTA  
DIRECTOR

## PLAN DE EVALUACION - 2024

### 1.- INTRODUCCION:

La Redes Carabaya dentro de sus prioridades tiene el propósito de acreditar sus establecimientos de salud, con este motivo ha iniciado el procesos de socialización, sobre la importancia y la necesidad conocer el grado de accertamientos del desempeño del personal de salud en los establecimientos que conforman las Micro Redess y los estándares de calidad previamente establecidos y conocidos .

En coherencia a 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 auditorias 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:

- El proceso de autoevaluación de los EE.SS. se llevara a cabo según cumplimiento de la norma técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, en beneficio de los usuarios de los diferentes establecimientos de Salud.
- La autoevaluación esta dentro de los compromisos de mejora de los indicadores de Convenios de Gestión 2024, Ficha N° 44.
- 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, la oferta 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:

Generar pautas para el proceso de Autoevaluación en los establecimientos de salud del ámbito de la Red Carabaya, a fin de garantizar los procedimientos dentro de las normas establecidas. En el período establecido en el presente plan.

### 4.- ALCANCE :

El presente plan tiene alcance en la aplicación y cumplimiento de la autoevaluación, en todos los establecimientos de la Red de Salud Carabaya de primer y segundo nivel, según corresponda.

MICRO RED ISIVILLA	Nº	Nº RENIPRES	CATEGORIA	NOMBRE DEL EE.SS.
	1	2970	I-3	C.S. ISIVILLA
	2	2976	I-2	P.S. TANTAMACO
	3	7404	I-1	P.S. QUELCAYA
	4	2959	I-1	P.S. CHACACONIZA
	5	2968	I-2	P.S. CORANI
	6	7403	I-1	P.S. AYMAÑA
	7	2978	I-2	P.S. AZAROMA
	8	2980	I-2	P.S. PUMACHANCA

<b>MICRO RED SAN GABÁN</b>	9	2981	I-4	C.S. SAN GABAN
	10	2979	I-1	P.S. CHACANEQUE
	11	2984	I-2	P.S. PUERTO MANOA
	12	2982	I-1	P.S. CUESTA BLANCA
	13	2983	I-1	P.S. LECHEMAYO
	14	6701	I-2	P.S. LOROMAYO
<b>MICRO RED AYAPATA</b>	15	2965	I-4	C.S. AYAPATA
	16	9913	I-1	P.S. KCANA
	17	2967	I-2	P.S. ESCALERA
	18	2966	I-1	P.S. TAYPE
<b>MICRO RED TAMBILLO</b>	19	2972	I-2	P.S. TAMBILLO
	20	2971	I-2	P.S. ITUATA
	21	2973	I-2	P.S. UPINA
	22	10093	I-1	P.S. TAYACCUCHO
	23	24140	I-1	P.S. PAGO CARABAYA
<b>MICRO RED MACUSANI</b>	24	2974	I-3	C.S. METROPOLITANO
	25	2964	I-3	C.S. AJOYANI
	26	2977	I-3	C.S. OLLACHEA
	27	2975	I-2	P.S. PACAJE
	28		I-3	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

## 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.
- R.M N° 456-2007MINSA/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 035-2020-SA Que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2021 para la entrega económica en el Decreto Legislativo N 1153.
- RM N° 105-2020/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS, Que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores desempeño y compromisos de mejora de los servicios, alcanzados en el año 2021 para la entrega económica establecida en el art 15° del Decreto Legislativo 1153.
- RM N° 098-2024/DIR-RED de S. CARABAYA/RR.HH., que aprueba el Plan anual de gestión de la calidad de la atención en salud.

## 6.- METODOLOGIA DE LA EVALUACION:

Instrumentos a utilizar:

Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos:

- Listado de estándares de acreditación
- Guía del evaluador
- El aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

El listado de estándares de acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos, los estándares se despliegan en criterios de evaluación y estos a su vez tienen variables de valuación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos. El listado de estándares de acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos.

- a. Los estándares genéricos son aplicación universal cuales quiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda.
- b. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas de cada región.

La guía del evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.

El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

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 interna 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 realiza el cierre del acta, con todos los acuerdos.

## 7. DEFINICIONES OPERACIONALES:

1. **AUTOEVALUACION:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos Avanzando hacia la acreditación, previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y área susceptibles de mejoramiento.
2. **ATENCION EN SALUD:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud.
3. **ATRIBUTOS DE CALIDAD:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
4. **EVALUADORES INTERNOS:** Realizaran la evaluación interna o autoevaluación dentro de los límites de cada establecimiento de salud, aplicando el listado de estándares según corresponda.
5. **CRITERIOS DE EVALUACION:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
6. **INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION:** documento que contiene los resultados de autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para el conocimiento de la autoridad institucional.
7. **Listado de estándares:** documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
8. **Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

**9.- REQUERIMIENTO DE APOYO LOGISTICO DE LA REDESS:**

<b>Cantidad</b>	<b>Bienes y Servicios</b>	<b>Observaciones</b>
01 U.	Libro de actas	Libro de actas del C.S
05 U.	Archivador	Acuerdo a EE.SS.y/o servicios de salud.
Anillados	Folleto de la lista de estándares para la acreditación de los EE.SS según categoría  Nota: Según número de establecimientos de salud.	Proporciona la Redess  Y cada EE.SS debe contar según la categoría obtenida.
26 U.	Fotocopia de los formatos de trabajo Anexo 2 y 4 de la guía del Evaluador	Proporciona la Redess  Según el N° de EE.SS
01 Ejemplar	Folleto de Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de EE.SS y servicios médicos de apoyo.	Se debe facilitar para el equipo que conforma la Redess,
01 U.	Del aplicativo magnético CD mas el actualizador	Para su ingreso oportuno coordinar con REDES responsable de Calidad en Salud.
	Papel Bond A4	Bond para informe y reportes del resultado de proceso del aplicativo y acciones de operatividad.
50 Gnes	Combustible	Para el monitoreo y verificación del proceso en cada establecimiento de responsabilidad de la Microred.

**9.- ELABORACION DEL INFORME TECNICO:**

Luego del procesamiento de datos y haber analizado los resultados, el equipo evaluador formulará el informe técnico final.

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como:

- Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
- No acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.

En caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio medico de apoyo como **NO ACREDITADO**, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir el establecimiento de salud o servicio medico de apoyo que desee continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntaje alcanzado, 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 de autoevaluación.

En 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.

La presentación de los resultados generales de los procesos de autoevaluación y de acreditación será anual.

#### 10.- ANEXOS:

- 098-2024-DIR-RED de S.CARABAYA/RR.HH.



Dr. Rafael Ángel Herrera Machuca  
COP: 24218  
COMISIÓN DE GESTIÓN  
DE LA CALIDAD EN SALUD

Macusani 10 de julio del 2024

## MATRIZ CONSOLIDADO FASE AUTOEVALUACIÓN 2024 - PAES

IPRESS DE LA RED DE SALUD CARABAYA Y HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES 2024

Nº TOTAL IPRES	Nº ORDEN	DENOMINACIÓN DE LA IPRESS	CATEGORIA	RED	MICROID	DOCUMENTOS SUSTENTO DE CUMPLIMIENTO (indicar documento y fecha de entrega)	
						CRITERIO 2	
						DOCUMENTO	FECHA DE PUBLICACIÓN EN WEBS INSTITUCIONAL
1		C.E. ISVILLA	13	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
2		P.S. TANTAMBO	13	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
3		P.S. QUILICAYA	11	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
4		P.S. CHACACORCHA	11	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
5		P.S. CURANI	12	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
6		P.S. AYMARÁ	11	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
7		P.S. AZAPOMA	12	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
8		P.S. PUMACHUNCA	12	CARABAYA	ISVILLA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
9		P.S. SAN GABAN	14	CARABAYA	SAN GABAN	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
10		P.S. CHACANILLUE	11	CARABAYA	SAN GABAN	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
11		P.S. PUERTO MANDU	12	CARABAYA	SAN GABAN	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
12		P.S. CUESTA BLANCA	11	CARABAYA	SAN GABAN	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
13		P.S. LECHERMAYO	11	CARABAYA	SAN GABAN	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
14		P.S. LORONAYO	12	CARABAYA	SAN GABAN	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
15		P.S. AYAPATA	14	CARABAYA	AYAPATA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
16		P.S. BUENA	11	CARABAYA	AYAPATA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
17		P.S. ESCALERA	12	CARABAYA	AYAPATA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
18		P.S. TAYPE	11	CARABAYA	AYAPATA	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
19		P.S. TAMBLLO	12	CARABAYA	TAMBLLO	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
20		P.S. TUATA	12	CARABAYA	TAMBLLO	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
21		P.S. URNA	12	CARABAYA	TAMBLLO	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
22		P.S. TAYACUCHO	11	CARABAYA	TAMBLLO	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
23		P.S. PAGO CARABANA	11	CARABAYA	TAMBLLO	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
24		C.S. METROPOLITANO	13	CARABAYA	MOLUSANI	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
25		C.S. AJOYANI	13	CARABAYA	MOLUSANI	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
26		C.S. OLLACHEA	13	CARABAYA	MOLUSANI	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
27		P.S. PASAJE	12	CARABAYA	MOLUSANI	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
28		HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	12	CARABAYA	HOSPITAL	0100-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024
29		CENTRO DE SALUD MENTAL CUMBITANO	13	CARABAYA	C.S.M.C.	0133-2024-DR-RED de S. CARABAYARR HL	22/07/2024



"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Macusani, 10 de Julio del 2024

**OFICIO N° 007-2024 DIRESA PUNO/RED DE SALUD CARABAYA/S.G.C.**



**SEÑOR :MG. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS**  
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA

**ATENCIÓN A: JULIO ANTONIO CHAMBIZEA DELGADO**  
JEFE DE RECURSOS HUMANOS RSC

**ASUNTO : FORMULACIÓN DE RESOLUCIÓN DIRECTORAL DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PLAN DE AUTOEVALUACION 2024 DE LA RED DE SALUD CARABAYA.**

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo y al mismo tiempo solicitarle se realicen la resolución directoral de aprobación de **PLAN DE AUTOEVALUACION 2024 DE LA RED DE SALUD CARABAYA**, a fin de seguir contribuyendo en el proceso de implementación de los lineamientos del documento técnico del "Sistema de gestión de la Calidad en Salud" **aprobado con RM N° 519-2006/MINSA**, definiendo a dicho **sistema como el conjunto de elementos** interrelacionados que contribuyan a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de la salud del sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, regional y local) , en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión, estableciendo como uno de sus componentes a la garantía y mejora de la calidad de Salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de estima personal.

Atentamente,

Dr. Carlos Alberto Gallegos Gallegos  
C.O. Carlos Alberto Gallegos Gallegos  
C.O.P. 32219  
COMISIONADO DE SALUD DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD