



21

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N°024-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRASA-J

Visto el documento del responsable de Calidad en Salud de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre, donde solicita la emisión de Resolución de Aprobación del **“Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre para el periodo 2023.**



CONSIDERANDO:

Que la Ley N°26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que por Ley N°27657, de fecha 29 de enero del 2002, se aprueba la Ley del Ministerio de Salud, cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud.

Que de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Arequipa – Caylloma aprobado por O.R. N° 044-2008-AREQUIPA, de fecha 14 de marzo del 2008, en su Artículo 8° Funciones Generales, inciso s) dice “Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad”.

Qué, por R.M. N°519-2006/MINSA del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, en el cual se señala en el eje de intervención de garantía y mejora de la calidad, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad insta en el Desarrollo e Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad la Auditoria de la Calidad de Auditoria de Calidad en la Atención en Salud.

Qué, mediante R.M.N°456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Apoyo la misma que establece en sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo.

La Gerencia de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre, **dispone la emisión de la R.J. de aprobación del Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre para el periodo 2023.**

Con la opinión favorable de la Gerencia de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar, el **“Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo** para el periodo 2023 de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre.

//.

II.

ARTICULO 2°.- El Comité será responsable de la elaboración y ejecución del Plan Anual de Autoevaluaciones, Apoyo técnico de los equipos evaluadores internos, Proceso de autoevaluación de todas las IPRESS de su jurisdicción, apoyo en todo el proceso de las actividades programadas en el Plan de autoevaluación bajo estricta responsabilidad legal y administrativa.

ARTÍCULO 3°. - Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO 4°. - Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Dada en la Micro Red Alto Selva Alegre, a los 25 días del mes de abril del Dos mil veintitrés.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED SELVA ALEGRE


Dra. María Elena Flores Carpio
C.M.P. 34886
JEFE MICRO RED

MEFC/NRC/elmq

Transcrita a.

- RED-Areq. Caylloma
- Jefatura M.R.ASA.
- Resp. Establecimientos
- Interesados
- c.c Archivos

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

**PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN
IPRESS DE LA MICRORED ALTO SELVA ALEGRE**

FASE DE AUTOEVALUACIÓN 2023

CONTENIDO

I	Introducción	
II	Justificación	
III	Objetivo General	
IV	Objetivo Especifico	
V	Base Legal	
VI	Ámbito de Aplicación	
VII	Metodología de Evaluación	
VIII	Disposiciones Generales	
IX	Anexos	
	Anexo N°1	Fluxograma de la Autoevaluación
	Anexo N°1-A	Cronograma de Actividades
	Anexo N°1-B	Equipo de Evaluadores Internos
	Anexo N° 2	Inicio de Autoevaluación
	Anexo N°3	Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
	Anexo N°4	Hoja de Recomendaciones

IPRESS DE LA MICRORED ALTO SELVA ALEGRE

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION

FASE AUTOEVALUACION 2023

I. INTRODUCCIÓN:

La **Autoevaluación** es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

La **Autoevaluación** es fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por quienes los confrontan cotidianamente, es decir, los trabajadores de salud y de las comunidades.

La **Acreditación** es un proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo

El presente Plan de Autoevaluación, se formula en el marco de la normatividad de Acreditación de los Establecimientos de Salud, cuyo contenido fue aprobado por consenso por los integrantes del Equipo de Evaluadores internos quienes apoyaran a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macro procesos y así promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN:

La evaluación interna o Autoevaluación es de suma importancia ya que nos permitirá mirarnos a nosotros mismos para establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades; es mirarse en el espejo para examinar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles de hacer y así 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. OBJETIVO GENERAL:

Promover el uso de los instrumentos de Acreditación para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud – IPRESS de la Micro Red Alto Selva Alegre.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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 de la Micro Red Alto Selva Alegre a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
3. Establecer la programación de actividades para la autoevaluación de la Micro Red Alto Selva Alegre.
4. 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.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 28842 “Ley General de Salud”.
- Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”.
- D.S. N° 03- 2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N° 519-2006 aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad”.
- NTS. N° 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

IPRESS de la Micro Red Alto Selva Alegre, evaluándose todos los macro procesos de acreditación del nivel I-2 y I-3, orientado al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y a las necesidades de la población que atendemos.

VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El Equipo de Evaluadores Internos utilizará diversas Técnicas, todo ello a evidenciar y a verificar los Criterios de Evaluación de la Lista de Estándares.

El documento Técnico a utilizar será el Listado de Estándares de Acreditación, el cual contiene los estándares, atributos, relaciones de referencias normativas y

critérios de evaluación en función de 22 macro procesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%), y de resultados (19%).

Existen tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- Normas legales que regulan los procesos emanados por el MINSA
- Normas legales sectoriales que regulan los procedimientos y procesos institucionales
- Y normas internas de cada IPRESS prestador.

Las Técnicas a utilizar son:

- Verificación/revisión de documentos
- Observación
- Entrevistas
- Auditorías
- Encuestas

Instrumentos para la Autoevaluación

a. Listado de Estándares de Acreditación

El Listado de Estándares de Acreditación está dividido en:

- Macro proceso, el objetivo y alcance de la evaluación;
- El código del estándar;
- El estándar;
- Los atributos relacionados al estándar;
- La referencia normativa nacional sectorial
- Criterios de evaluación

Clasificación de los macro procesos:

Se contempla veintidós macro procesos que representan a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud.

Macro proceso:				
Objetivo y alcance:				
Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de evaluación

Clasificación de los Macroprocesos	Macroprocesos
Macroprocesos Gerenciales	Direccionamiento
	Gestión de recursos humanos
	Gestión de la calidad
	Manejo del riesgo de atención
	Gestión de seguridad ante desastres
	Control de la gestión y prestación
Macroprocesos Misionales	Atención ambulatoria
	Atención extramural
	Atención de hospitalización
	Atención de emergencias
	Atención quirúrgica
	Docencia e Investigación
Macroprocesos de Apoyo	Apoyo diagnóstico y tratamiento
	Admisión y alta
	Referencia y contrarreferencia
	Gestión de medicamentos
	Gestión de la información
	Descontaminación, Limpieza, <u>Desinfección</u> y Esterilización
	Manejo del riesgo social
	Manejo de nutrición de pacientes
	Gestión de insumos y materiales
	Gestión de equipos e infraestructura

Diagrama 1: La estructura del Listado de Estándares de Acreditación es el siguiente:

Es preciso conocer que los macro procesos (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra los MP que no aplican según la categoría y naturaleza jurídica de los establecimientos de salud:

Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica)	Macro procesos que NO APLICAN	N° de Macro procesos que no aplican por categoría y naturaleza jurídica
I-1	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de Hospitalización - Atención Quirúrgica - Docencia e Investigación 	5
I-2		
I-3	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de Hospitalización - Atención Quirúrgica - Docencia e Investigación - Manejo de Nutrición de Pacientes 	4
I-4	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Quirúrgica - Docencia e Investigación - Manejo de Nutrición de Pacientes 	3
II-1	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Extramural 	1
II-2		
III-1		
Clínicas Privadas	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Extramural - Docencia e Investigación (opcional) - Manejo del Riesgo Social 	3
Hospitales EsSalud y FFAA y Policiales	<ul style="list-style-type: none"> - Atención Extramural - Manejo del Riesgo Social 	2

b. Formatos para la evaluación

- Hojas de Registro de Datos, que incluye:
 - a. Nombre del establecimiento,
 - b. El macro proceso evaluado,
 - c. Nombre de los evaluadores,
 - d. La fecha de la evaluación,
 - e. Los servicios o áreas evaluadas,
 - f. La identificación de los participantes/evaluados,
 - g. El código del estándar,
 - h. El código del criterio evaluado,
 - i. El puntaje obtenido (para evaluación externa se contará con dos columnas de puntaje),
 - j. Las fuentes auditables,
 - k. La técnica utilizada,
 - l. El sustento de la evaluación y/o comentarios

- Hoja de Recomendaciones, que incluye:
 - a. El nombre del evaluador líder
 - b. La fecha de las recomendaciones
 - c. Los servicios evaluados
 - d. El macro proceso intervenido
 - e. Las observaciones
 - f. Las recomendaciones

c. Calificación de la evaluación

El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será “aprobada” o “no aprobada”.

La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejoramiento, y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por los equipos de acreditación y de la institución en general.

El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

Calificación de la evaluación:

Aprobado/Acreditado	No aprobado/No acreditado	
85%	70 a 84.9%	Nueva Evaluación en 6 meses
	50 a 69.9%	Nueva Evaluación en 9 meses
	- de 50%	Autoevaluación

VIII. RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO

- Haber recibido capacitación como evaluador interno en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garantice su desenvolvimiento individual con autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas. > Documentar sus observaciones. Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.

Competencias de un Evaluador

Responsabilidades	Competencias específicas	Capacidades
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación y auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none">- Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macro procesos- Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas- Identifica posibles fuentes auditables según criterios objetivos
Identifica acciones de mejoramiento continuo	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos	<ul style="list-style-type: none">- Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos)
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none">- Identifica problemas- Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.
Emite un Informe Técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida.	<ul style="list-style-type: none">- Resume hallazgos en base a evidencias objetivas- Sustenta las observaciones formuladas.- Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos.

IX. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de Evaluadores certificados.

3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad Sanitaria. Nacional.
4. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
5. Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
6. El EESS o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel local.
7. Para el primer nivel comprende una Micro Red o similar en otros subsectores.
8. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Equipo de Acreditación

- Unidad funcional designado oficialmente.
Contará con un coordinador elegido por sus miembros.

Equipo de Evaluadores Internos

- Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.
Debe estar compuesto por un mínimo de 5 evaluadores.
Evaluadores médicos (2) enfermera (1) evaluadores con experiencia en procesos de apoyo (2).
El evaluador líder será seleccionado entre los miembros.
Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación

Autoevaluación

- A cargo de un equipo de Evaluadores Internos.
- Es de carácter obligatorio.
- Se realiza mínimo una vez al año.
- Los establecimientos podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año.

Evaluación Externa

- A cargo de un equipo de evaluadores externos.
- Es de carácter voluntario/obligatorio para AUS.
- Se realiza en un plazo no mayor a 12 m de la última autoevaluación aprobada.

Disposiciones Finales:

1. Todos los actores pueden canalizar propuestas de ajustes.
2. Guía Técnica del Evaluador.
3. Directiva que regula el accionar de las Comisiones Sectoriales de Acreditación.
4. Directiva que regula la Generación de Capacidades en Evaluadores.
5. Listado de estándares de acreditación para establecimientos.
6. Los casos no contemplados serán desarrollados en otras normas.

EESS Acreditados podrán suscribir convenios entre sí para la contraprestación de servicios de salud.

X. ANEXOS

ANEXO N° 1 Fluxograma de la Autoevaluación

ANEXO N° 1-A: Cronograma de Actividades

ANEXO N° 1-B: Equipo de Evaluadores Internos

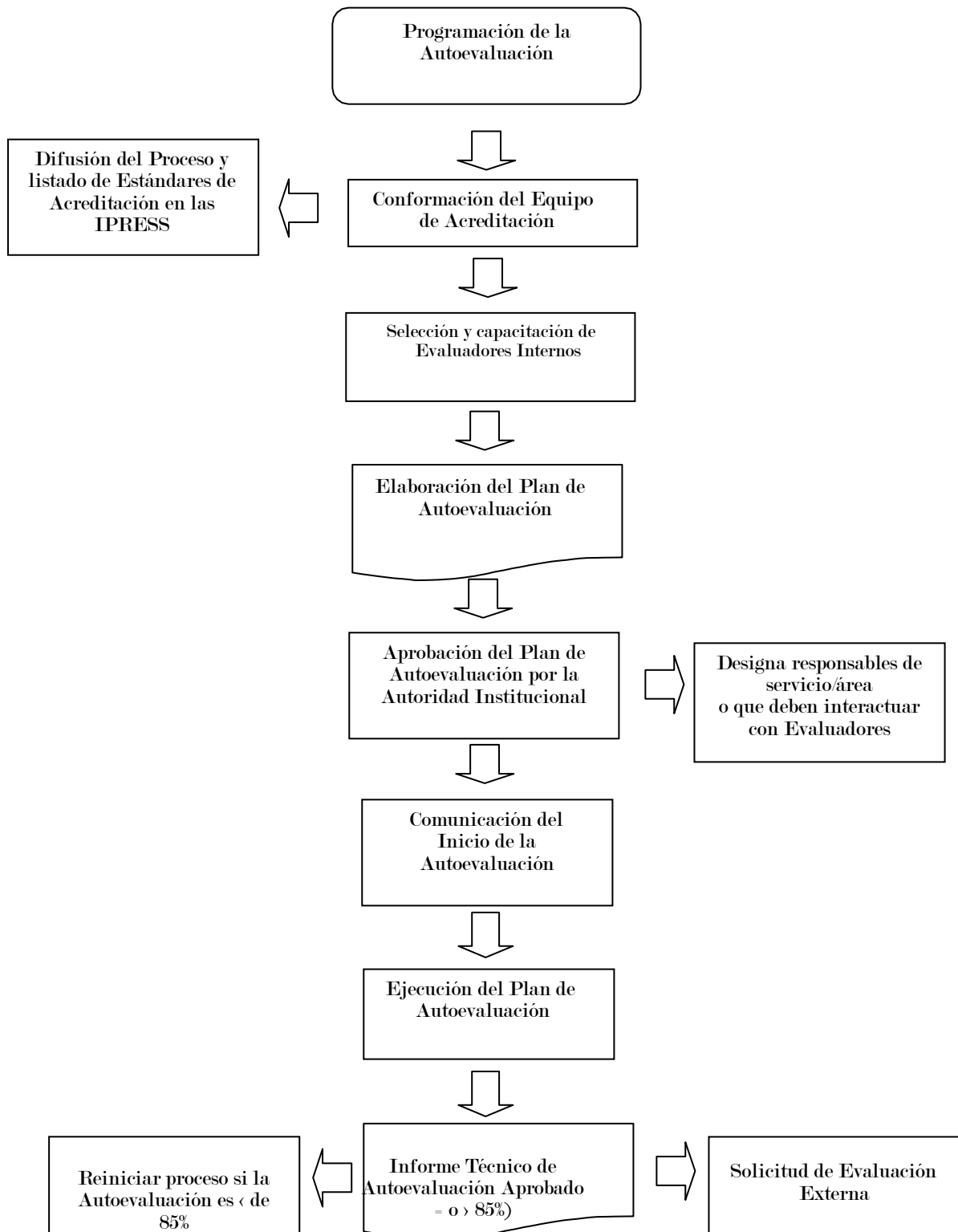
ANEXO N° 2: Inicio de Autoevaluación

ANEXO N° 3: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

ANEXO N° 4: Hoja de Recomendaciones

ANEXO N° 1

FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN



MACROPROCESO		C.S.ALTO SELVA ALEGRE I-3	C.S. INDEPENDENCIA I-3	C.S. APURIMAC I-3	P.S. HEROES DEL CENEP I-2	P.S. LEONES DEL MISTI I-2	P.S. SAN JUAN BAUTISTA I-2
		GERENCIALES	1. Direccionamiento	Dra Maria Elena Flores	Obs. Mariela Congona Concha	Lic Norma Medina Arce	Obs. Rosario Butrón R.
2. Gestión de Recursos Humanos	Técnica admis. Noemi Rodriguez		Obs. Mariela Congona Concha	Lic, Ofelia Vilca Cory	Obs. Ariel Laura Ramirez	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	Lic. Natalia Talizo Barrientos
3. Gestión de la calidad	Dr Michael Ramos		Dr. Roberto Rojas Lazo	MC Lelia Orue Cervantes	Dra. Julia Taco	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	Dr. Jorge Valencia Muñoz
4. Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Dalia Dra Angélica Sucapuca Collanqui		Lic. Vanessa Pinto Cano	Lic Gladys Belisario Portugal M MC Lelia Orue Cervantes	Lic. Ana Garcia Lic. Eliana Butron	Enf. Nora Susana Mamani Flores	Lic Vanessa Dr. Jorge Valencia
5. Gestión de seguridad ante desastres	Ins.San.Edgar Manzaneda		PS Juana Condori Colquehuanca	Ins. San. Alexander Quintanilla Beizaga	Ins. San. Vander Ticona	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	M Vet. Ronald Congona Concha
6. Control de Gestión y Prestación	Obst. Marleni Gallegos		Dra. Nury Sanz David	Obs Fanny Pacheco Cabana	Dra. Elia Huarca	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	Obst. Carla Melgar
PRESTACIONALES	7. Atención Ambulatoria	Dra. Claudia	Dra. Luz Escarza Murguía	Dr Gelvert Huallpa Fernandez	Dr. Percy Tejada	Obs. Mariluz Alvarez Osco	Dr. Jorge Valencia Muñoz
	8. Atención Extramural	Asist S.Sonia Cuadros	T. Soc. Haydee Choque Choque	Asis. Social Evangelina Romero Tomayo	T.S. Astrid Martel D.	Enf. Nora Susana Mamani Flores	Lic Natalia Talizo AA SS Angie
	10. Atención de Emergencias	Sra Anita Dra Maria Elena	Dra.Flordely Chire Monroy	Lic Lady Morales Piñares	Lic Eliana Butron Dra. Julia Taco	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	Dr. Jorge Valencia Muñoz
DE APOYO	13. Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biologa.Susana Marquez	Bio.Erika Chavez Montalvo	Biologa Rosa Vega Valencia			
	14. Admisión y Alta	Tec Adm. Martha Paucar	Dra. Lucy Zubia Pineda	Tec. Maria Lorena Tintaya	Tec. Enf. Rosa Vasquez.	Tec.Enf. Natividad Viviana Silva Huarcaya	Tec Cecilia Charca
	15. Referencia y Contrareferencia	Tec.Adm. Lucia Vilca	Dr. Alonso Salazar Salazar	Lic Maria C, Guillen Guerrero	C.D. Adolfo Arcana m.	Tec.Enf. Ivonne Madeleyne Arredondo Silva	Obst. Carla Melgar
	16. Gestión de Medicamentos.	Q.F. José Luis Condori	Tec. Enf. Maribel Huilca Quispe	Dra Luz Velasquez Acuña	Tec. Enf. Graciela Jaen	Tec.Enf. Natividad Viviana Silva Huarcaya	Q F Gelly (SERUMS)
	17. Gestión de la información	Tec.Adm.Evelyn	Sr. Mario Juárez Trujillo	MC Lelia Orue Cervantes	Tec Enf Demetria Mercado	Tec.Enf. Ivonne Madeleyne Arredondo Silva	Lic Nataliam Talizo Ba
	18. Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización	Sr. Julio César Condori Diaz	Sra. Valentina Yupanqui Bizarreta	Ins. Sanitario Alexander MC Henry Mogrovejo Medina	Ins San. Vander Ticona	Tec. Sanitario. Jaime William Rojas Vilca	Rogelio Paja
	19. Manejo de riesgo social	Asist.S. Natalia	Lic. Vanessa Pinto Cano	Lic Maria C, Guillen	T. S. Astrid Martel D.	Enf. Nora Susana Mamani Flores	AA SS. Angie (Serums)
	21. Gestión de Insumos y Materiales	Tec. Asist.Milagros	Sr. Mario Juárez Trujillo	Dr Edgar Figueroa Figueroa	Ins. San. Vander Ticona	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	Tec. Luisa Huamani Lazaro
	22. Gestión de equipos e Infraestructura	Tec Asist.Sonia Tec. Asist.Milagros	Dr. Alonso Salazar Salazar	Lic Norma Medina y Mc Henry Mogrovejo	Obs. Rosario Butrón R.	Dr. Frank Pumaraime Espinoza	Dr. Jorge Valencia Muñoz

INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACION	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Microred Alto Selva Alegre}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP- V.02 R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"	I-1 a II - 1	Oficina de Calidad
2		Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Microred Alto Selva Alegre.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%			

MICRORRED	IPRESS	CATEGORIA	FECHA DE INICIO	DOC. OFICIAL
ALTO SELVA ALEGRE	C.S. ALTO SELVA ALEGRE	I - 3	01 - Junio - 2023	
	C.S. INDEPENDENCIA	I - 3	01 - Junio – 2023	
	C.S. APURIMAC	I - 3	01 - Setiembre – 2023	
	P.S. HEROES DEL CENEP	I - 2	01 - Junio – 2023	
	P.S. LEONES DEL MISTI	I - 2	01 - Junio – 2023	
	P.S. SAN JUAN BAUTISTA	I - 2	01 - Setiembre - 2023	

ANEXO 2: INICIO DE AUTOEVALUACION 2023

