



RESOLUCIÓN JEFATURAL

N°006-2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRASA-J

Visto el acta del Sistema de Gestión de la calidad, de fecha del 23 de Febrero del 2024 donde se acuerdo conformar el **Comité de Autoevaluación y Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos** de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre, para el periodo 2024.

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 Auditoría de la Calidad de Auditoría 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.

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley N° 31048 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2021 y según Decreto Ley N° 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N°10-2007-Arequipa,

//.

//.

que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R. N°044-2008-Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa – Red de Salud Arequipa-Caylloma.

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

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar la “**Conformación del Comité de Autoevaluación y Acreditación**”, para el período 2024 de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre el cual estará integrado por:

PRESIDENTE : Gerente de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre

SECRETARÍA : Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud

VOCAL : **Responsable del Centro de Salud Independencia.**
Responsable de Calidad del Centro de Salud Independencia.
Responsable del Centro de Salud Apurímac.
Responsable de Calidad del Centro de Salud Apurímac.
Responsable del Puesto de Salud Héroes del Cenepa.
Responsable de Calidad del Puesto de Salud Héroes del Cenepa.
Responsable del Puesto de Salud Leones del Misti.
Responsable de Calidad del Puesto de Salud Leones del Misti.
Responsable del Puesto de Salud San Juan Bautista.
Responsable de Calidad del Puesto de Salud San Juan Bautista
Considerar a las jefaturas de los diferentes servicios de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre (para involucrarlos en el trabajo).

ARTICULO 2°.- Aprobar el Equipo de Evaluadores internos de la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre el mismo que estará conformado por:

MACROPROCESO		C.S. ALTO SELVA ALEGRE I-3	C.S. INDEPENDENCIA I-3	C.S. APURIMAC I-3	P.S. HEROES DEL CENEPA I-2	P.S. LEONES DEL MISTI I-2	P.S. SAN JUAN BAUTISTA I-2
GERENCIALES	1. Direccionamiento	Lic. Naty Huaranca Cerpa	M.C. Luz Escarza Murguía	M.C. Lelia Orue Cervantes	C.D. Adolfo Arcana Mamani	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	Lic. Natalia Talizo Barrientos
	2. Gestión de Recursos Humanos	Técnica Adm. Asist. Noemí Rodríguez Coaguila	Obst. Mariela Congona Concha	Lic. Ofelia Vilca Cory	Obst. Ariel Laura Ramírez	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	Lic. Natalia Talizo Barrientos
	3. Gestión de la calidad	M.C. Judith Coya Quiza	M.C. Roberto Rojas Lazo	M.C. Lelia Orue Cervantes	M.C. Julia Taco Tamo	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	M.C. Michael Ramos Yacasi
	4. Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Dalia Funes Huizacaina M.C. Angélica Collanqui Sucapuca	Lic. Angie Villca Pillco	Lic Gladys Belisario Portugal	Lic. Ana García Vela Lic. Erica Rojas Gonzales	Lic. Nora Susana Mamani Flores	Lic Vanessa Arias Llamoca
	5. Gestión de seguridad ante desastres	Insp. San. Edgar Manzaneda Salas	Dr. Juan Mendivil Nina	MC Henry Mogrovejo Medina	Insp. San. Vander Ticona Cuba	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	M. Vet. Ronald Congona Concha
	6. Control de Gestión y Prestación	C.D. Elizabeth Casquino Salcedo	M.C. Nury Sanz David	Obst. Fanny Pacheco Cabana	Obs. Rosario Butron Rodriguez	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	Obst. Carla Melgar Ruiz
PRESTACIONALES	7. Atención Ambulatoria	M.C. Claudia Taypicahuana Juárez	M.C. Luz Escarza Murguía	M.C. Gelvert Huallpa Fernández	M.C. Percy Tejada Comejo	Obst. Mariluz Álvarez Osco	M.C. Michael Ramos Yacasi
	8. Atención Extramural	T.S. Sonia Cuadros Loayza	T. S. Haydee Choque Choque	Obt. Norma Medina Arce	Psic. Martha Carpio	Lic. Nora Susana Mamani Flores	Lic. Natalia Talizo Barrientos T.S. Angie
	9. Atención de Emergencias	Lic. Ana Rojas Pinto M.C. Valencia	M.C. Flordely Chire Monroy	Lic Lady Morales Piñares	Lic Eliana Butrón Villavicencio M.C. Elia Huarca	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	M.C. Michael Ramos Yacasi
DE APOYO	10. Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Blga. Susana Márquez Herrera	Blga. Erika Chávez Montalvo	Blga. Rosa Vega Valencia			
	11. Admisión y Alta	Téc. Asist. Natalia Inocencio Pérez	C.D. Lucy Zubia Pineda	M.C. Gelvert Huallpa Fernandez	Téc. Enf. Rosa Vásquez Farfán	Téc. Enf. Natividad Viviana Silva Huarcaya	Téc. Enf. Cecilia Charca Valderrama
	12. Referencia y Contrareferencia	Téc. Adm. Asist. Lucia Vilca Panca	C.D. Alonso Salazar Salazar	M.C, Lelia Orue Cervantes	C.D. Adolfo Arcana Mamani	Téc. Enf. Ivonne Madeleyne Arredondo Silva	Obst. Carla Melgar Ruiz
	13. Gestión de Medicamentos.	Q.F. José Luis Condori Soto	Téc. Enf. Maribel Huilca Quispe	Téc. Enf. Luz Velásquez Acuña	Tec. Enf. Luz Cuno Pari	Téc. Enf. Natividad Viviana Silva Huarcaya	Téc. Enf. Cecilia Charca Valderrama
	14. Gestión de la información	Téc. Adm. Evelyn Lena Mango Quispe	Téc. Adm. Asist. Mario Juárez Trujillo	Lic. Gina Barrios Dueñas	Téc. Enf. Demetria Mercado Llacho	Téc. Enf. Ivonne Madeleyne Arredondo Silva	Lic. Natalia Talizo Barrientos
	15. Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización	Insp. San. Julio César Condori Díaz	Tec. Enf. Flora Meléndez Castillo	MC Henry Mogrovejo Medina	Lic Miriam Lazarte	Téc. Sanitario. Jaime William Rojas Vilca	Sr. Rogelio Paja Mamani
	16. Manejo de riesgo social	T.S. Natalia Ticona Díaz	Lic. Vanessa Pinto Cano	Lic. Maria Guillen Guerrero	T. S. Flavia Medina Alvarez.	Lic. Nora Susana Mamani Flores	Téc. Enf. Luisa Huamani Lázaro
	17. Gestión de Insumos y Materiales	Téc. Enf. Milagros Hinojosa Tello	Téc. Adm. Asist. Mario Juárez Trujillo	C.D. Edgar Figueroa Figueroa	Insp. San. Vander Ticona Cuba	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	Téc. Enf. Luisa Huamani Lázaro
	18. Gestión de equipos e Infraestructura	Téc. Enf. Sonia Condori Mamani Téc. Enf. Milagros Hinojosa Tello	Sr. José Chávez Casas.	C.D. Edgar Figueroa Figueroa	Ins San. Vander Ticona. C.D. Adolfo Arcana	M.C. Frank Pumaraima Espinoza	Téc. Enf. Luisa Huamani Lázaro

//.

ARTICULO 3º.- 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.

ARTICULO 4º.- El Presidente del **Comité de Autoevaluación**, velará por el funcionamiento, difusión, implementación y cumplimiento de la presente Resolución e informará sobre las actividades realizadas al Gerente de la Micro Red Alto Selva Alegre.

ARTÍCULO 5º. - Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO 6º. - Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Dada en la Micro Red de Salud Alto Selva Alegre, a los (23) días del mes de Febrero del Dos Mil Veinticuatro.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.



VNHC/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 2024

CONTENIDO

I.- INTRODUCCION

II.- FINALIDAD

III.- OBJETIVOS

IV.- AMBITO DE APLICACIÓN

V.- BASE LEGAL

VI.- CONTENIDO

6.1.-DEFINICIONES OPERATIVAS

6.2.-ANALISIS DE LA SITUACION

6.2.1.- Antecedentes

6.2.2.-Problema

6.2.3.-Causas del problema

6.2.4.-Poblacion o entidad objetivo

6.2.5.- Alternativas de solución

6.3.- ACTIVIDADES

6.4.- PRESUPUESTO

6.5.- FINANCIAMIENTO

6.6.- ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN

VII.- RESPONSABILIDADES

VIII.- ANEXOS

IPRESS DE LA MICRORED ALTO SELVA ALEGRE

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION

FASE AUTOEVALUACION 2024

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. FINALIDAD:

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.

Alcanzar la Acreditación para establecimientos de Categoría I-2, I-3

III. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a garantizar que los establecimientos de salud de la Microred alto Selva Alegre cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

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.

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.

V. BASE LEGAL

- Ley N^o 28842 “Ley General de Salud”.
- Ley N^o 27657 “Ley del Ministerio de Salud”.
- D.S. N^o 03- 2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N^o 519-2006 aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad”.
- R.M. N^o 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N^o 050-MINSA/DGSP-V.02 “NTS de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- R.M. N^o 270-2009/MINSA que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para las Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

- R. M. N° 546-2011/MINSA, que aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de los Establecimientos del Sector Salud”

VI. CONTENIDO.

6.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:

Definiciones operacionales

1.- Acreditación: 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. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

2.- Atención de salud. Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. **3.- Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

4.- Autoevaluación: 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 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.

5.- Constancia para la acreditación: Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.

6.- Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

7.- Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

8.- Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad. **9.- Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.

10.- Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.

11.- Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

12.- Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

13.- Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.

14.- Evaluación externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

15.- Eventos Adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

16.- Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

17.- Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la 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 conocimiento de la autoridad institucional.

18.- Informe Técnico de la Evaluación Externa: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.

19.- Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación: Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe Técnico de la Evaluación Externa.

20.- Listado de Estándares de Acreditación: 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.

21.- 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 tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

6.2.- ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1. Antecedentes:

El año 2023 se realizó el proceso de Autoevaluación en los 6 establecimientos que componen la Microred Alto Selva Alegre obteniendo en todos los casos un puntaje desaprobatorio:

Establecimientos	Categoría	Puntaje
Centro de Salud Alto Selva Alegre	I-3	69%
Centro de Salud Independencia	I-3	65%
Centro de Salud Apurímac	I-3	42%
Puesto de Salud Héroes del Cenepa	I-2	48%
Puesto de Salud Leones del Misti	I-2	76%
Puesto de Salud San Juan Bautista	I-2	64%

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

Según la Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-v-02 para obtener un puntaje aprobatorio se requiere ser mayor o igual al 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de acreditación

6.2.2. Problema (Magnitud y caracterización)

Los problemas identificados:

- Falta de programas de capacitación en procesos.
- Falta de personal de apoyo con conocimientos en gestión de calidad.
- Insatisfacción del personal asistencial y administrativo.

6.2.3. Causas del problema.

- Parcial conocimiento de la normatividad vigente relacionada con Acreditación de Establecimientos de Salud.
- Algunos trabajadores que participan en la Autoevaluación lo hacen con falta de interés.
- Recarga laboral con los diferentes programas asignados al personal que limita el tiempo para la realización de un adecuado trabajo.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.

6.2.4. Población o entidades objetivo.

Mediante la autoevaluación se supervisa y se evalúa en el desarrollo de las actividades de los diferentes servicios de salud y de apoyo de los establecimientos de la Microred Alto Selva Alegre.

6.2.5. Alternativas de solución.

- Capacitación para el personal que participará como evaluador.
- Charla motivacional para el personal Evaluador.
- Entrega de Constancias de participación al personal Evaluador

6.3. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.

6.3.1. Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables Anexo 2

6.3.2. Cronograma de actividades (Anexo 3)

6.3.3. Responsables para el desarrollo de cada actividad (Anexo 4)

6.4. PRESUPUESTO.

Recursos e instrumentos para la Acreditación

Evaluadores seleccionados y capacitados

Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.

Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-2, I-3 y servicios médicos de apoyo.

Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.

Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados.

6.5. FINANCIAMIENTO.

El financiamiento será por recursos propios RDR de la Microred Alto Selva Alegre

6. 6. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN

- Organización de equipos para la implementación del plan.
- El comité de acreditación organiza los equipos de trabajo para la ejecución del plan.
- Socializa y difunde el cronograma del plan y sus responsables.
- Asesora y gestiona las condiciones para la ejecución de la autoevaluación.
- Registrar y difundir los avances en la ejecución de acciones previstas en el plan de autoevaluación.
- Realizar reuniones periódicas de análisis de los avances y supervisar su cumplimiento.
- Elaborar reportes periódicos de los avances.
- Identificar los logros y oportunidades de mejora, extraer lecciones aprendidas.

VII. RESPONSABILIDADES.

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.

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:

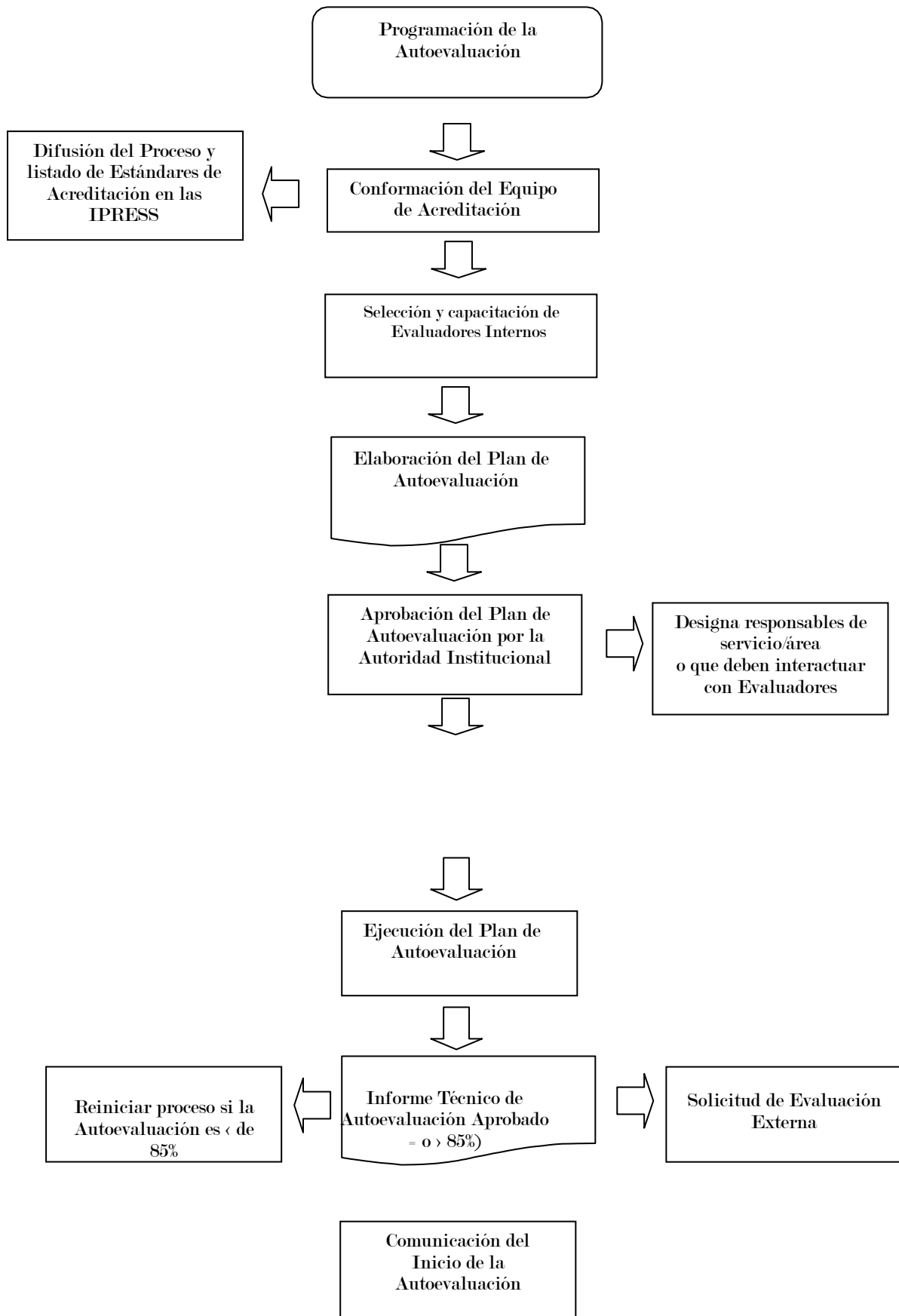
1. Realiza acciones de evaluación interna y externa según sea el caso.
2. Propone acciones de mejoramiento continuo.
3. Emite un Informe Técnico de Evaluación.
4. Rinde cuentas de su desempeño a la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o su equivalente en las DIRESAS/DISAS.
5. Observa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

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1	Fluxograma de la Autoevaluación
ANEXO N°2:	Plan de Acreditación - fase de autoevaluación
ANEXO N° 3:	Cronograma de Actividades
ANEXO N° 4:	Equipo de Evaluadores Internos
ANEXO N° 5:	Indicadores
ANEXO N° 6:	Inicio de Autoevaluación
ANEXO N° 7:	Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
ANEXO N° 8:	Hoja de Recomendaciones

ANEXO N° 1

FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN



ANEXO 2: PLAN DE ACREDITACIÓN - FASE DE AUTOEVALUACIÓN 2024 - MICRORRED ALTO SELVA ALEGRE

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	TAREA	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS				RESPONSABLE	
				F	A	M	J	J	A	S	O	N	D	HU	MAT	S/.	FF				
Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Anual	Reunión	1		x													Integrantes del Comité Gestión Calidad	útiles de escritorio, impresiones fotocopias	10.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
Conformación del Equipo de Acreditación	Comité	1		X													Integrantes del Comité Gestión Calidad	útiles de escritorio, impresiones fotocopias	20.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
Selección de Evaluadores Internos	Resolución	1	Seguimiento de Resolución		x												Integrantes del Comité Gestión Calidad	útiles de escritorio, impresiones fotocopias	10.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
Elaboración del Plan de Autoevaluación	Plan aprobado	1	Elaborar el Plan de Autoevaluación.		x												Integrantes del Comité Gestión Calidad	útiles de escritorio, impresiones fotocopias	60.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
			Solicitar su aprobación con Resolución.			x															
			Difundirlo y socializarlo			x															
Reporte del Inicio de la Autoevaluación	Oficio	1	Comunicar a la Red y Difundir a los EESS de la Jurisdicción con oficio las actividades propuestas en el plan de Autoevaluación			x											Integrantes del Comité Gestión Calidad	útiles de escritorio, impresiones fotocopias	12.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
Monitoreo de la Ejecución del Plan de Autoevaluación de los EESS	Informe	6	Seguimiento, monitoreo del avance de la autoevaluación					x	x	x							Integrantes del Comité Gestión Calidad	útiles de escritorio, impresiones fotocopias, fotografías	100.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
Entrega oficial de documentos	Cargos	1	Listado de estándares del macroproceso pertinente						x								Integrantes del Comité Gestión Calidad	Impresiones, fotocopias	100.00	RO	Comité Gestión de la Calidad
			Resumen ejecutivo de la norma técnica de acreditación						x												
			Ruta para llegar a documentos en el portal Web						x												
			Cargo de las entregas					x													
																		312.00			

ANEXO 4: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

MACROPROCESO		C.S.ALTO SELVA ALEGRE I-3	C.S. INDEPENDENCIA I-3	C.S. APURIMAC I-3	P.S. HEROES DEL CENEPa I-2	P.S. LEONES DEL MISTI I-2	P.S. SAN JUAN BAUTISTA I-2
GERENCIALES	1. Direccionamiento	Lic. Naty Huaranca Cerpa	M.C. Luz Escarza Murguía	M.C. Lelia Orue Cervantes	C.D. Adolfo Arcana	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	Lic. Natalia Talizo Barrientos
	2. Gestión de Recursos Humanos	Técnica Adm. Noemí Rodríguez Coaguila	Obst. Mariela Congona Concha	Lic. Ofelia Vilca Cory	Obst. Ariel Laura Ramírez	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	Lic. Natalia Talizo Barrientos
	3. Gestión de la calidad	M.C. Judith Coya Quiza	M.C. Roberto Rojas Lazo	M.C. Lelia Orue Cervantes	M.C. Julia Taco Tamo	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	M.C. Michael Ramos Yacasi
	4. Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Dalia Funes Huizacaina M.C. Angélica Collanqui Sucapuca	Lic. Angie Villca Pillco	Lic Gladys Belisario Portugal	Lic. Ana Garcia Lic. Erica Rojas	Lic. Nora Susana Mamani Flores	Lic Vanessa Arias Llamoca
	5. Gestión de seguridad ante desastres	Insp. San. Edgar Manzaneda Salas	Dr. Juan Mendivil Nina	MC Henry Mogrovejo Medina	Insp. San. Vander Ticona Cuba	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	M. Vet. Ronald Congona Concha
	6. Control de Gestión y Prestación	C.D. Elizabeth Casquino Salcedo	M.C. Nury Sanz David	Obst. Fanny Pacheco Cabana	Obs. Rosario Butron.	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	Obst. Carla Melgar Ruiz
PRESTACIONALES	7. Atención Ambulatoria	M.C. Claudia Tayspichuana Juárez	M.C. Luz Escarza Murguía	M.C. Gelvert Huallpa Fernández	M.C. Percy Tejada Cornejo	Obst. Mariluz Álvarez Osco	M.C. Michael Ramos Yacasi
	8. Atención Extramural	T.S. Sonia Cuadros Loayza	T. S. Haydee Choque Choque	Obt. Norma Medina Arce	Psic. Martha Carpio	Lic. Nora Susana Mamani Flores	Lic. Natalia Talizo Barrientos T.S. Angie
	10. Atención de Emergencias	Lic. Ana Rojas Pinto M.C. Valencia	M.C. Flordely Chire Monroy	Lic Lady Morales Piñares	Lic Eliana Butrón Villavicencio M.C. Elia Huarca	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	M.C. Michael Ramos Yacasi
DE APOYO	13. Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Bлга. Susana Márquez Herrera	Bлга. Erika Chávez Montalvo	Bлга. Rosa Vega Valencia			
	14. Admisión y Alta	Téc. Asist. Natalia Inocencio Pérez	C.D. Lucy Zubia Pineda	M.C. Gelvert Huallpa Fernandez	Téc. Enf. Rosa Vásquez Farfán	Téc. Enf. Natividad Viviana Silva Huaracaya	Téc. Enf. Cecilia Charca Valderrama
	15. Referencia y Contrareferencia	Téc. Adm. Asist. Lucia Vilca Panca	C.D. Alonso Salazar Salazar	M.C, Lelia Orue Cervantes	C.D. Adolfo Arcana Mamani	Téc. Enf. Ivonne Madeleyne Arredondo Silva	Obst. Carla Melgar Ruiz
	16. Gestión de Medicamentos.	Q.F. José Luis Condori Soto	Téc. Enf. Maribel Huilca Quispe	Téc. Enf. Luz Velásquez Acuña	Tec. Enf. Luz Cuno	Téc. Enf. Natividad Viviana Silva Huaracaya	Téc. Enf. Cecilia Charca Valderrama
	17. Gestión de la información	Téc. Adm. Asist. Lucia Vilca Panca	Téc. Adm. Asist. Mario Juárez Trujillo	Lic. Gina Barrios Dueñas	Téc. Enf. Demetria Mercado Llacho	Téc. Enf. Ivonne Madeleyne Arredondo Silva	Lic. Natalia Talizo Barrientos
	18. Descontaminación,	Insp. San. Julio César Condori Díaz	Tec. Enf. Flora Meléndez Castillo	MC Henry Mogrovejo Medina	Lic Miriam Lazarte	Téc. Sanitario. Jaime William Rojas Vilca	Sr. Rogelio Paja Mamani

limpieza, desinfección, esterilización						
19.Manejo de riesgo social	T.S. Natalia Ticona Díaz	Lic. Vanessa Pinto Cano	Lic. Maria Guillen Guerrero	T. S. Flavia Medina Alvarez.	Lic. Nora Susana Mamani Flores	Téc. Enf. Luisa Huamani Lázaro
21.Gestión de Insumos y Materiales	Téc. Enf. Milagros Hinojosa Tello	Téc. Adm. Asist. Mario Juárez Trujillo	C.D. Edgar Figueroa Figueroa	Insp. San. Vander Ticona Cuba	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	Téc. Enf. Luisa Huamani Lázaro
22.Gestión de equipos e Infraestructura	Téc. Enf. Sonia Condori Mamani Téc. Enf. Milagros Hinojosa Tello	Sr. José Chávez Cazas.	C.D. Edgar Figueroa Figueroa	Ins San. Vander Ticona. C.D. Adolfo Arcana	M.C. Frank Pumaraime Espinoza	Téc. Enf. Luisa Huamani Lázaro

ANEXO 5: 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	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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total de Establecimientos de Salud que pertenecen a la Microred Alto Selva Alegre.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

ANEXO 6: INICIO DE AUTOEVALUACION 2024

MICRORRED	IPRESS	CATEGORIA	FECHA DE INICIO	DOC. OFICIAL
ALTO SELVA ALEGRE	C.S. ALTO SELVA ALEGRE	I - 3	01 - Julio - 2024	
	C.S. INDEPENDENCIA	I - 3	01 - Julio - 2024	
	C.S. APURIMAC	I - 3	01 - Julio - 2024	
	P.S. HEROES DEL CENEP	I - 2	01 - Julio - 2024	
	P.S. LEONES DEL MISTI	I - 2	01 - Julio - 2024	
	P.S. SAN JUAN BAUTISTA	I - 2	01 - Julio - 2024	

