



RESOLUCION JEFATURAL

Alca, 02 de Mayo del 2024

CONSIDERANDO:

Que según el Art. 74 del Decreto Supremo N°005-90-PCM, Reglamento de la Carrera Administrativa establecer que la asignación de un cargo es temporal precisar las funciones que debe desempeñar un servidor de la entidad, es determinada por necesidad Institucional y respeta el nivel de Carrera, grupo ocupacional y especialidad alcanzada, la primera asignación de funciones se produce al momento de ingreso a la carrera Administrativa, las posteriores asignaciones se efectúan al probarse vía resolución el desplazamiento del servidor que cada entidad pública establece según normas los cargos que requiere para cumplir sus *finés* y funciones.

Que resulta necesario operativizar los programas de Salud en la Microred Alca- CLAS La Unión Noreste con la finalidad de fortalecer el cumplimiento de las normas vigentes, encargar funciones de responsabilidades asistenciales y Administrativas a los programas de Salud de acuerdo a lo propuesto por el Gerente de la Microred Alca, por lo que es procedente realizar dicha acción administrativa.

De conformidad con Ley de Regionalización N°2408O modificada y ampliada por Ley N° 24792, la Ley Orgánica de la Región Arequipa H°250022, Ley N°27573 de Presupuesto de la República para el año fiscal 2012, Decreto Ley 22867 de Desconcentración Administrativa y el Decreto Ley N°27427 de Racionalidad en el sector Público Nacional y Ley del Procedimiento Administrativo General.

Que conforme a lo establecido en los numerales 4 y 6 del artículo quinto de la Ley del Ministerio de Salud, son objetivos del Ministerio del ramo de la cultura de salud para el desarrollo físico, mental y social de toda la población y la protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de las personas.

Estando a lo informado por la Unidad de Personal y con opinión favorable del Jefe de la Microred de Alca- CLAS La Unión Noreste.

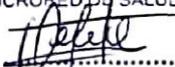
SE RESUELVE:

ART. 1: APROBAR EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE LA MICRORED DE SALUD ALCA (C.S ALCA, P.S TAURISMA, P.S HUAYNACOTAS, P.S PUYCA, P.S CHURCA Y P.S HUARCAYA) CORRESPONDIENTE AL AÑO 2024.

ART.2: DEJAR SIN EFECTO LAS RESOLUCIONES QUE SE OPONGA A LA PRESENCE.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD N° CCU
MICRORED DE SALUD ALCA


MIRIAM ELIZABETH QUISPE CUEVA
ENFERMERA
CEP 70265
.....FFF MICRORED ALCA.....

**JEFE DE LA
MICRO RED ALCA**



PERÚ

Ministerio
de Salud



MICRORED ALCA

ESTRATEGIA SANITARIA DE CALIDAD PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



Presentado por: Psic. Yaneth del Rosario Palo Villegas

2024


YANETH DEL ROSARIO PALO VILLEGAS
PSICÓLOGA
C.Psic.P 39325

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ALCA

I. INTRODUCCIÓN

En la atención en salud se están viendo cambios en los últimos años, pasando de modelos paternalistas a modelos autónomos, la tecnificación de la medicina y las demandas y necesidades de salud son cambiantes. Haciendo que se busque un sistema de salud más humano y abierto al cambio para dar respuesta a las necesidades y demandas que los usuarios vayan planteando para lo cual tenemos que lograr mejoras en las tres dimensiones de la calidad, haciendo que el personal de salud se encuentre preparado en la formulación de proyectos, implementarlos y evaluarlos para mejorar áreas priorizadas luego de la auto evaluación y así lograr la acreditación de nuestros establecimientos de salud.

En el marco del Sistema De Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la Calidad, que comprende este sistema. Se atiende por acreditación , el proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un estableciendo de salud: y que está 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 claves de la atención en salud; y que se enfoca en l evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados. El objetivo es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud cuenten con recursos y capacidades para brindar servicios de salud con calidad y así contribuir a disminuir las fallas en la atención en salud. Así la acreditación resulta en una calificación obtenida por un establecimiento de salud luego de haberse sometido a auto evaluación y posteriormente de una evaluación externa de un tercero calificado y al análisis de un cuerpo independiente quien niega o confiere dicha calificación. La evaluación busca evidencias de que el establecimiento de salud cumple con elementos de estructura, distintas a los de equipamiento e infraestructura, así como, cumple con el despliegue de procesos y alcanza resultados deseados por el sistema de salud vinculados a la calidad de la atención en salud. También el proceso de acreditación busca que el establecimiento de salud se someta sosteniblemente a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.

El proceso de Acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases (1) auto evaluación de carácter obligatorio, y (2) evaluación externa de carácter voluntario.

En el instrumento de acreditación existen estándares establecidos que permite orientar la evaluación intencionada de aspectos determinantes de la prestación de la salud que influyen en el resultado de la prestación, desde una perspectiva de la calidad. Los estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo. Su correcta aplicación está a cargo de equipos técnicos calificados de evaluadores internos y externos, previamente formados. Controlados y evaluados, quienes realizan la evaluación según a una metodología y periodicidad determinadas, a fin de permitir una evaluación continua de la calidad.

Posteriormente se expide un informe técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación en Salud, regional, quien decidirá si confiere o niega la acreditación al establecimiento de salud y resultará en la emisión de una Resolución Ministerial.

II. JUSTIFICACIÓN

La auto evaluación es la primera fase de la acreditación y se hace más exigente si se tiene en cuenta el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica. Si la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta será capaz de reflejar las restricciones de cada subsector, y de reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derechos en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios. La estandarización también debe ser orientada a los métodos y técnica de evaluación a desarrollar que mejore la capacidad operativa de la propuesta técnica.

Para la acreditación se ha considerado llevar a cabo la auto evaluación en el establecimiento del centro de salud Alca, donde serán evaluados los estándares de acreditación.

El centro de salud Alca considera importante la evaluación interna donde nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad , identificar oportunidades de mejora en diversos macro procesos y de esta manera implementar proyectos de mejora continua y así nos permitirá corregir las áreas identificadas como problemas , luego buscaremos una segunda evaluación interna , posteriormente solicitaremos la evaluación externa, lo que se traducirá en la emisión de un Informe Técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación de Salud, quien decidirá si confiere o niega la acreditación.

III. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar la auto evaluación para el proceso de acreditación de la MR de salud Alca

2. OBEJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Someter al centro de salud alca a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.
- Lograr que los prestadores opten por velar por una prestación estandarizada de servicios de salud en sus diversos componentes y de esa manera brindar garantías explícitas a los usuarios maximizando su satisfacción.
- Involucrar a los trabajadores del centro de salud Alca en el proceso de Acreditación.
- Capacitar al personal sobre la normativa del proceso de acreditación.
- Conformar el equipo para la realización del proceso de acreditación del establecimiento de salud alca.
- Implementar las mejoras a las observaciones identificadas en el proceso de acreditación.

- 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.

IV. ALCANCE

La auto evaluación se realizará en el establecimiento del centro de salud Alca, para comprobar si nuestra institución despliega una cultura de calidad y está orientada al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y alas necesidades en salud de la población que atendemos.

V. BASE LEGAL

- RSM N°107-2009-TR
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de “Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- D. S. N° 013-2006.SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.
- R. M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R. M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- R. M. N° 502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°029-MINSA-DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de salud de auditoria de la calidad de atención en salud”.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

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 será de tres tipos: para categorías I-1 hasta, III-1, para categorías III-2, según especialidades y para servicios médicos de apoyo

El listado de estándares de acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macro procesos. los estándares se despliegan en criterios de

evaluación y estos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos

El listado de estándares de acreditación contiene tanto estándares genéticos como específicos. Los estándares genéticos son de aplicación universal cualquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región

El guía del evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación

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

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACIÓN (ANEXO A Y B)

VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN

Evaluador líder: Yaneth del Rosario Palo Villegas

-Lic.Enf Clara Cayro Cari

-Obs. Sidney Perez Cervantes

-Ts. Yecica Cordova Hilari

ANEXO A

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN -A																
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	ABRIL				JULIO				AGOSTO						
		25	27	29	30	30	6	16	20	5	6	17	20	28	31	
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	Psic. Yaneth Palo	X														
Designación de responsables por cada macroproceso	Psic. Yaneth Palo		X													
Presentación del plan a la dirección	Psic. Yaneth Palo			X												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de estándares de acreditación	Psic. Yaneth Palo				X											
Presentación del plan a jefes de servicio, personal	Psic. Yaneth Palo				X											
MACROPROCESOS																
Direccionamiento	T.S Yecica Cordova					X										
Gestión de recursos humanos	T.S Yecica Cordova					X										
Gestión de la Calidad	T.S Yecica Cordova					X										
Manejo del riesgo de atención	T.S Yecica Cordova						X									
Emergencia y desastres	T.S Yecica Cordova						X									
Control de la gestión y prestación	T.S Yecica Cordova						X									
Atención ambulatoria	Obst. Sidney Perez						X									
Atención extramural	Obst. Sidney Perez															
Atención de hospitalización	Obst. Sidney Perez							X								
Atención de emergencias	Obst. Sidney Perez															
Docencia e investigación	Obst. Sidney Perez															
Atención Quirúrgica	Obst. Sidney Perez								X							
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Lic. Clara Cairo								X							
Admisión y alta	Lic. Clara Cairo								X							
Referencia y contra referencias	Lic. Clara Cairo								X							
Gestión de medicamentos	Lic. Clara Cairo									X						
Gestión de la información	Lic. Clara Cairo									X						
Esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Clara Cairo									X						
Manejo del riesgo social	Lic. Clara Cairo									X						

ANEXO B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B									
			JULIO				AGOSTO		
Responsables por sub equipo		Equipos de evaluadores internos	5	6	16	20	3	6	Responsables evaluados
T.S YECICA CORDOVA	Direccionamiento	OBST. SIDNEY PEREZ	X						LIC. MIRIAM QUISPE CUEVA
	Gestión de recursos humanos	PSIC. YANETH PALO VILLEGAS	X						DR. JORGE MONTALVO SANCHEZ
	Gestión de calidad	T.S YECICA CORDOVA	X						PSIC. YANETH PALO VILLEGAS
	Manejo de riesgo de atención	PSIC. YANETH PALO VILLEGAS	X						LIC. MARIA LUISAMORALES CHAIÑA
	Emergencias y desastres	T.S YECICA CORDOVA		X					
	Control de la gestión y prestación	PSIC. YANETH PALO VILLEGAS		X					LIC. MIRIAM QUISPE CUEVA
OBST. SIDNEY PEREZ	Atención ambulatoria	PSIC. YANETH PALO VILLEGAS		X					MED. HENRRY PARIGUANA MOCCA
	Atención extramural	LIC. CLARA CAIRO		X					
	Atención de hospitalización	OBST. SIDNEY PEREZ							MED. DEYSI HUARCA JIMENEZ
	Atención de emergencias	LIC. CLARA CAIRO			X				
	Docencia e investigación	OBST. SIDNEY PEREZ							SERGIO PAREDES HUATUCO

	Atención quirúrgica	OBST. SIDNEY PEREZ			X				MED. HENRRY PARIGUANA MOCCA
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	LIC. CLARA CAIRO				X			LIC. MARIA LUIS MORALES CHAIÑA
	Admisión y alta	LIC. CLARA CAIRO				X			TEC. SONIA CHAVEZ SANCHEZ
	Referencia y contrareferencia	T.S YECICA CORDOVA				X			LIC. YENY YAGUNO HUMPIRE
	Gestión de medicamentos	LIC. CLARA CAIRO				X			QF. MAYLI MORI FIGUEROA
	Gestión de la información	PSIC. YANETH PALO VILLEGAS					X		TEC. SONIA CHAVEZ SANCHEZ
LIC. CLARA CAIRO	Esterilización, lavandería y limpieza	LIC. CLARA CAIRO					X		TEC. GERONIMO HUAMANI PACCOHUANCA
	Manejo del riesgo social	PSIC. YANETH PALO VILLEGAS					X		T.S YECICA CORDOVA
	Manejo de nutrición de pacientes	OBST. SIDNEY PEREZ					X		LIC. NICOLE GONZALES APFATA
	Gestión de insumos y materiales	OBST. SIDNEY PEREZ						X	TEC. ANTONIO VILLALOBOS FLORES
	Gestión de equipos e infraestructura	OBST. SIDNEY PEREZ						X	

RED CASTILLA CONDESUYOS LA UNION

MICRORED CENTRO DE SALUD ALCA

PUESTO DE SALUD TAURISMA

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



RESPONSABLE: Lic. Rosilda Molina Alvarez

2024



YANETH DEL ROSARIO FALO VILLEGAS
PSICÓLOGA
C.Psic.P 39325

a.- 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), impulsado por el Ministerio de Salud 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 formación para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En ese 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 acreditación está definida como una metodología de evaluación periódica, que 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.

El primer paso dentro del proceso de acreditación es realizar la Autoevaluación. Esta se realiza comparando el desempeño de la atención de salud, con diversos estándares óptimos, factibles de alcanzar, además de la evaluación de elementos de estructura, procesos y resultados.

La acreditación del Puesto de Salud de Taurisma, se debe realizar periódicamente para buscar mejorar los recursos, capacidades y cumplimiento de los procesos para alcanzar los estándares óptimos de la calidad de atención de la salud.

Los estándares que están establecidos en el instrumento de acreditación permiten orientar al evaluador, tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están enfocados a los diversos procesos como principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo.

El proceso de Acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases (1) auto evaluación de carácter obligatorio, y (2) evaluación externa de carácter voluntario.

En el instrumento de acreditación existen estándares establecidos que permite orientar la evaluación intencionada de aspectos determinantes de la prestación de la salud que influyen en el resultado de la prestación, desde una perspectiva de la calidad. Los estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo. Su correcta aplicación está a cargo de equipos técnicos calificados de evaluadores internos y externos, previamente formados. Controlados y evaluados, quienes realizan la evaluación según a una metodología y periodicidad determinadas, a fin de permitir una evaluación continúa de la calidad.

Posteriormente se expide un informe técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación en Salud, regional, quien decidirá si confiere o niega la acreditación al establecimiento de salud y resultará en la emisión de una Resolución Ministerial.

El presente documento constituye el plan de Evaluación Interna como primer paso del proceso de acreditación que el Puesto de Salud ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de Autoevaluación que se encargará de ejecutar este primer pasó a fin de obtener el objetivo principal de lograr acreditación oficial del Puesto de Salud de Taurisma.

b.- JUSTIFICACIÓN.

La auto evaluación es la primera fase de la acreditación y se hace más exigente si se tiene en cuenta el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica. Si la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta será capaz de reflejar las restricciones de cada subsector y de reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derechos en salud , que contiene a la calidad como uno de sus principios. La estandarización también debe ser orientada a los métodos y técnica de evaluación a desarrollar que mejore la capacidad operativa de la propuesta técnica.

El Puesto de Salud Taurisma, realizara su autoevaluación de acuerdo a los estándares de acreditación, considera importante la evaluación interna donde nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad, identificar oportunidades de mejora en diversos macro procesos y de esta manera implementar proyectos de mejora

continua y así nos permitirá corregir las áreas identificadas como problemas , luego buscaremos una segunda evaluación interna , posteriormente solicitaremos la evaluación externa, lo que se traducirá en la emisión de un Informe Técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación de Salud, quien decidirá si confiere o niega la acreditación.

c.- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar la autoevaluación del Puesto de Salud de Taurisma, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel I-2.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar al Puesto de Salud Taurisma sobre los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.
- Lograr que los prestadores opten por velar por una prestación estandarizada de servicios de salud en sus diversos componentes y de esa manera brindar garantías explícitas a los usuarios maximizando su satisfacción.
- Verificar el nivel de cumplimiento del Puesto de Salud de Taurisma, de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponden a un establecimiento I-2.
- Involucrar a los trabajadores del Puesto de Salud Taurisma, en el proceso de Acreditación.
- Capacitar al personal sobre la normativa del proceso de acreditación.
- 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.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación
- Desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.
- Socializar los resultados del proceso de autoevaluación.

d.- ALCANCE:

La autoevaluación se realizará en los servicios del Puesto de Salud de Taurisma, evaluándose todos los macro procesos de Acreditación del nivel I-2, según listado de estándares de acreditación. Para comprobar si nuestra organización despliega una cultura de calidad y está orientada al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y a las necesidades en salud de la población que atendemos.

e.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de “Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- D. S. N° 013-2006.SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.

f.- METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de evaluadores internos utilizará:

1. 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.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de un tipo: para categorías I-2.
3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por Macro procesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándar genérico, sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la Acreditación.
6. 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.

La autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud.

El comité trabajará en estrecha coordinación con la unidad de Gestión de la Calidad:

- Reunión para la elaboración del Plan.
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
- Capacitación de auto evaluadores internos.
- Desarrollo de autoevaluación.
- Elaboración del informe final.

El proceso de Autoevaluación y Acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

g.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION:

CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION DEL PUESTO DE SALUD TAURISMA 2024							
RESPONSABLE	MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	AGOSTO				RESPONSABLE EVALUADOR
			1 SE MA N	2 S E M A N A	3 S E M A N A	4 S E M A N A	
Obst. Rosilda Molina	Direccionamiento	Obst. Rosilda Molina A	x				Obst. Rosilda Molina Téc. Enf. Martha Tellez P
	Gestión de recursos humanos		x				
	Gestión de la calidad		x				
	Manejo del riesgo de atención		x				
	Gestión de seguridad ante desastres		x				
Lic. Esther Quispe C	Control de la Gestión y prestación	Lic. Esther Quispe C.		x			Lic. Esther Quispe Méd. Gionella Mamani F.
	Atención ambulatoria			x			
	Atención Extramural			x			
	Atención de emergencias			x			
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento			x			
Obst. Rosilda Molina	Admisión y Alta	Obst. Rosilda Molina A			x		Obst. Rosilda Molina Téc. Enf. Martha Tellez P
	Referencias y contrarreferencias				x		
	Gestión de Medicamentos				x		
	Gestión de la información				x		
Lic. Esther Quispe C	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Esther Quispe C.				x	Lic. Esther Quispe Méd. Gionella Mamani F
	Manejo de riesgo Social					x	
	Gestión de insumos y materiales					x	
	Gestión de equipos e infraestructura					x	

h.- EQUIPO DE AUTOEVALUACION

- EVALUADOR LIDER : Obs. Rosilda Molina Álvarez
- Lic. Esther Quispe Calla
- Téc. Enf. Martha Téllez Puma



PERÚ

Ministerio
de Salud



MICRORED ALCA
PUESTO DE SALUD CHURCA
ESTRATEGIA SANITARIA DE
CALIDAD
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



2024


YAMETH DEL ROSARIO FALO VILLEGAS
PSICÓLOGA
C.Psic.P 39325

INTRODUCCION

En la atención en salud se están viendo cambios en los últimos años, pasando de modelos paternalistas a modelos autónomos, la tecnificación de la medicina y las demandas y necesidades de salud son cambiantes. Haciendo que se busque un sistema de salud más humano y abierto al cambio para dar respuesta a las necesidades y demandas que los usuarios vayan planteando para lo cual tenemos que lograr mejoras en las tres dimensiones de la calidad, haciendo que el personal de salud se encuentre preparado en la formulación de proyectos, implementarlos y evaluarlos para mejorar áreas priorizadas luego de la auto evaluación y así lograr la acreditación de nuestros establecimientos de salud.

En el marco del Sistema De Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la Calidad, que comprende este sistema. Se atiende por acreditación , el proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un estableciendo de salud: y que está 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 claves de la atención en salud; y que se enfoca en l evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados.

El objetivo es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud cuenten con recursos y capacidades para brindar servicios de salud con calidad y así contribuir a disminuir las fallas en la atención en salud. Así la acreditación resulta en una calificación obtenida por un establecimiento de salud luego de haberse sometido a una auto evaluación y posteriormente de una evaluación externa de un tercero calificado y al análisis de un cuerpo independiente quien niega o confiere dicha calificación. La evaluación busca evidencias de que el establecimiento de salud cumple con elementos de estructura, distintas a los de equipamiento e infraestructura, así como, cumple con el despliegue de procesos y alcanza resultados deseados por el sistema de salud vinculados a la calidad de la atención en salud.

El proceso de Acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases (1) auto evaluación de carácter obligatorio, y (2) evaluación externa de carácter voluntario.

En el instrumento de acreditación existen estándares establecidos que permite orientar la evaluación intencionada de aspectos determinantes de la prestación de la salud que influyen en el resultado de la prestación, desde una perspectiva de la calidad. Los estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo. Posteriormente se expide un informe técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación en Salud, regional, quien decidirá si confiere o niega la acreditación al establecimiento de salud y resultará en la emisión de una Resolución Ministerial.

I. JUSTIFICACIÓN

La auto evaluación es la primera fase de la acreditación y se hace más exigente si se tiene en cuenta el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica. Si la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta será capaz de reflejar las restricciones de cada subsector, y de reflejar el

esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derechos en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios. La estandarización también debe ser orientada a los métodos y técnica de evaluación a desarrollar que mejore la capacidad operativa de la propuesta técnica.

Para la acreditación se ha considerado llevar a cabo la auto evaluación del Puesto de Salud Churca, donde serán evaluados los estándares de acreditación.

El Puesto de Salud Churca considera importante la evaluación interna donde nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad , identificar oportunidades de mejora en diversos macro procesos y de esta manera implementar proyectos de mejora continua y así nos permitirá corregir las áreas identificadas como problemas, luego buscaremos una segunda evaluación interna , posteriormente solicitaremos la evaluación externa, lo que se traducirá en la emisión de un Informe Técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación de Salud, quien decidirá si confiere o niega la acreditación.

II. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares de acreditación mediante la autoevaluación.

3.2. Objetivos Específicos:

- Definir la conformación del equipo de evaluadores internos.
- Someter a todo el personal de salud del P.S. Churca a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.
- Lograr que los prestadores opten por velar por una prestación estandarizada de servicios de salud en sus diversos componentes y de esa manera brindar garantías explícitas a los usuarios maximizando su satisfacción.
- Involucrar a los trabajadores del P.S. de Churca en el proceso de Acreditación.
- Capacitar al personal sobre la normativa del proceso de acreditación.
- Conformar el equipo para la realización del proceso de acreditación.
- Implementar las mejoras a las observaciones identificadas en el proceso de acreditación.
- 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.

III. ALCANCE

El presente plan es de evaluación y cumplimiento dentro de los servicios del P.S. Churca.

IV.BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de “Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- D. S. N° 013-2006.SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El equipo de evaluadores internos utilizará diversas técnicas tales como verificación de documentos, observación directa, entrevistas, muestras, encuestas y auditorias, todo ello orientado a evidenciar y/o verificar los criterios de evaluación de la lista de estándares.

Recursos para la auto evaluación:

- Listado de estándares de acreditación.
- Guía del evaluador para la acreditación.
- Material de Escritorio.
- Equipos de cómputo.

La autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud.

El comité trabajará en estrecha coordinación con la unidad de Gestión de la Calidad:

- Reunión para la elaboración del Plan.
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
- Capacitación de autoevaluadores internos.
- Desarrollo de autoevaluación.
- Elaboración del informe final.

El proceso de Autoevaluación y Acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN -A		ABRIL				JULIO				AGOSTO							
ACTIVIDADES	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar	25	27	29	30	5	10	16	20	6	10	13	17	20	24	28	31
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador lider		X															
Designación de responsables por cada macroproceso		X															
Presentación del plan a la dirección			X														
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, analisis final del Listado de estándares de acreditación				X													
Presentación del plan a jedes de servicio, personal				X													
MACROPROCESOS																	
Direccionamiento					X												
Gestión de recursos humanos					X												
Gestion de la Calidad					X												
Manejo del riesgo de atención						X											
Emergencia y desastres						X											
Control de la gestión y prestación						X											
Atención ambulatoria						X											
Atención extramural																	
Atención de hospitalización							X										
Atención de emergencias																	
Docencia e investigación																	
Atención Quirurgica								X									
Apoyo al diagnostico y tratamiento								X									
Admisión y alta								X									
Referencia y contrareferencias								X									
Gestión de medicamentos									X								
Gestión de la información									X								
Esterilización, lavanderia y limpieza									X								
Manejo del riesgo social									X								
Manejo de nutrición de pacientes										X							
Gestión de insumos y materiales										X							
Gestión de equipos e infraestructura										X							
Porcesamiento de datos										X							
Analisis de resultados											X						
Elaboración del informe preliminar												X	X				
Presentación del informe preliminar														X			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B			JULIO				AGOSTO		
Responsables por sub equipo		Equipos de evaluadores internos	5	10	16	20	3	6	RESPONSABLE EVALUADO
			Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra	Direccionamiento	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar	X			
Gestión de recursos humanos	Obst. Marlene Lipa Cahui	X							Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra
Gestión de calidad	Obst. Marlene Lipa Cahui	X							Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar
Manejo de riesgo de atención	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar	X							Obst. Marlene Lipa Cahui
Emergencias y desastres	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar			X					Obst. Marlene Lipa Cahui
Control de la gestión y prestación	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar			X					Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra
Obst. Marlene Lipa Cahui	Atención ambulatoria	Obst. Marlene Lipa Cahui		X					Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar
	Atención extramural	Obst. Marlene Lipa Cahui		X					Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar
	Atención de hospitalización	Obst. Marlene Lipa Cahui							Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra
	Atención de emergencias	Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra			X				Obst. Marlene Lipa Cahui
	Docencia e investigación	Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra							Obst. Marlene Lipa Cahui
	Atención quirúrgica	Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra			X				Obst. Marlene Lipa Cahui
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar				X			Obst. Marlene Lipa Cahui
	Admisión y alta	Obst. Marlene Lipa Cahui				X			Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman

								Zegarra	
	Referencia y contrareferencia	Obst. Marlene Lipa Cahui				X		Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra	
	Gestión de medicamentos	Obst. Marlene Lipa Cahui				X		Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra	
	Gestión de la información	Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra					X	Dra. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra	
Lic. Velery Macedo Bellido	Esterilización, lavandería y limpieza	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar					X	Lic. Velery Macedo Bellido	
	Manejo del riesgo social	Lic. Velery Macedo Bellido					X	Obst. Marlene Lipa Cahui	
	Manejo de nutrición de pacientes	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar					X	Lic. Velery Macedo Bellido	
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Velery Macedo Bellido						X	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar
	Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar						X	Lic. Velery Macedo Bellido

VIII. EQUIPO DE EVALUACION

- LIDER : Lic. Evelyn Milagros Arpi Paucar
- Med. Evelin del Rosal Cusihuaman Zegarra
- Obs. Marleni Lipa Cahui
- Lic. Velery Macedo Bellido

PUESTO DE SALUD HUAYNACOTAS

**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN
SALUD**



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

2024



YANETH DEL ROSARIO FALO VILLEGAS
PSICÓLOGA
C.Psic.P 39325

I.INTRODUCCION

En la atención en salud se están viendo cambios en los últimos años, pasando de modelos paternalistas a modelos autónomos, la tecnificación de la medicina y las demandas y necesidades de salud son cambiantes. Haciendo que se busque un sistema de salud más humano y abierto al cambio para dar respuesta a las necesidades y demandas que los usuarios vayan planteando para lo cual tenemos que lograr mejoras en las tres dimensiones de la calidad, haciendo que el personal de salud se encuentre preparado en la formulación de proyectos, implementarlos y evaluarlos para mejorar áreas priorizadas luego de la auto evaluación y así lograr la acreditación de nuestros establecimientos de salud.

En el marco del Sistema De Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la Calidad, que comprende este sistema. Se atiende por acreditación , el proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un estableciendo de salud: y que está 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 claves de la atención en salud; y que se enfoca en l evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados.

El objetivo es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud cuenten con recursos y capacidades para brindar servicios de salud con calidad y así contribuir a disminuir las fallas en la atención en salud. Así la acreditación resulta en una calificación obtenida por un establecimiento de salud luego de haberse sometido a una auto evaluación y posteriormente de una evaluación externa de un tercero calificado y al análisis de un cuerpo independiente quien niega o confiere dicha calificación. La evaluación busca evidencias de que el establecimiento de salud cumple con elementos de estructura, distintas a los de equipamiento e infraestructura, así como, cumple con el despliegue de procesos y alcanza resultados deseados por el sistema de salud vinculados a la calidad de la atención en salud. También el proceso de acreditación busca que el establecimiento de salud se someta sosteniblemente a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.

El proceso de Acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases (1) auto evaluación de carácter obligatorio, y (2) evaluación externa de carácter voluntario.

En el instrumento de acreditación existen estándares establecidos que permite orientar la evaluación intencionada de aspectos determinantes de la prestación de la salud que influyen en el resultado de la prestación, desde una perspectiva de la calidad. Los estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo. Su correcta aplicación está a cargo de equipos técnicos

calificados de evaluadores internos y externos, previamente formados. Controlados y evaluados, quienes realizan la evaluación según a una metodología y periodicidad determinadas, a fin de permitir una evaluación continua de la calidad.

Posteriormente se expide un informe técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación en Salud, regional, quien decidirá si confiere o niega la acreditación al establecimiento de salud y resultará en la emisión de una Resolución Ministerial.

II. JUSTIFICACIÓN.

La auto evaluación es la primera fase de la acreditación y se hace más exigente si se tiene en cuenta el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica. Si la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta será capaz de reflejar las restricciones de cada subsector, y de reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derechos en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios. La estandarización también debe ser orientada a los métodos y técnica de evaluación a desarrollar que mejore la capacidad operativa de la propuesta técnica.

Para la acreditación se ha considerado llevar a cabo la auto evaluación del Puesto de Salud Huaynacotas, donde serán evaluados los estándares de acreditación.

El Puesto de Salud Huaynacotas considera importante la evaluación interna donde nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad , identificar oportunidades de mejora en diversos macro procesos y de esta manera implementar proyectos de mejora continua y así nos permitirá corregir las áreas identificadas como problemas , luego buscaremos una segunda evaluación interna , posteriormente solicitaremos la evaluación externa, lo que se traducirá en la emisión de un Informe Técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación de Salud, quien decidirá si confiere o niega la acreditación.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Desarrollar la auto evaluación para el proceso de acreditación en el Puesto de Salud de Huaynacotas.

Objetivos Específicos:

- Someter a todo el personal de salud del P.S. Huaynacotas a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.
- Lograr que los prestadores opten por velar por una prestación estandarizada de servicios de salud en sus diversos componentes y de esa manera brindar garantías explícitas a los usuarios maximizando su satisfacción.
- Involucrar a los trabajadores del P.S. de Huaynacotas en el proceso de Acreditación.
- Capacitar al personal sobre la normativa del proceso de acreditación.
- Conformar el equipo para la realización del proceso de acreditación del establecimiento de salud.
- Implementar las mejoras a las observaciones identificadas en el proceso de acreditación.
- 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.

IV. ALCANCE

La primera fase de la auto evaluación del Puesto de Salud Huaynacotas se realizará evaluándose todos los macro procesos de acreditación del nivel I-2, para comprobar si nuestra organización despliega una cultura de calidad y está orientada al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y a las necesidades en salud de la población que atendemos.

V.BASE LEGAL

Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.

Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.

Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de "Organización y Funciones del Ministerio de Salud".

R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

D. S. N° 013-2006.SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.

R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.

VI. METODOLOGÍA.

El equipo de evaluadores internos utilizará diversas técnicas tales como verificación de documentos, observación directa, entrevistas, muestras, encuestas y auditorias, todo ello orientado a evidenciar y/o verificar los criterios de evaluación de la lista de estándares.

Recursos para la auto evaluación:

- Listado de estándares de acreditación.
- Guía del evaluador para la acreditación.
- Material de Escritorio.
- Equipos de cómputo.

La autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud.

El comité trabajará en estrecha coordinación con la unidad de Gestión de la Calidad:

- Reunión para la elaboración del Plan.
- Identificación de macro procesos para cada servicio.
- Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
- Capacitación de autoevaluadores internos.
- Desarrollo de autoevaluación.
- Elaboración del informe final.

El proceso de Autoevaluación y Acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

EQUIPO DE AUTOEVALUACION

LIDER: Psic. Maria Teresa Cababa Huaranca

- Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio

- Obst. Nancy G Manchego Amesquita
- Tec. de Enfer. Teresa Urquizo Cruz
- Tec. de Enfer. Angélica Soledad Tito Tito

CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION DEL PUESTO DE SALUD -A HUAYNACOTAS 2024

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	JUNIO				AGOSTO			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
Reunión del equipo evaluador para la elaboración del Plan y designación del EVALUADOR líder.	Obst. Nancy G Manchego Amesquita	x							
Designación de responsables por cada Macro procesos	Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio	x							
Presentación del Plan.	Obst. Nancy G Manchego Amesquita		x						
Reunión de Trabajo del equipo evaluador, análisis del listado de estándares	Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio		x						
Presentación del plan al personal de salud	Obst. Nancy Manchego Amesquita		x						
MACROPROCESOS									
Direccionamiento	Obst. Nancy Gabriela Manchego Amesquita Tec. de Enfer. Teresa Urquizo Cruz	x							
Gestión de Recursos humanos		x							
Gestión de la calidad		x							
Manejo del riesgo de atención		x							
Gestión de seguridad ante desastre		x							

CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION DEL PUESTO DE SALUD HUAYNACOTAS 2024 -B

RESPONSABLE	MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES	JULIO				AGOSTO				RESPONSABLE EVALUADO
			I	II	III	IV	I	II	III	IV	
Obst. Nancy Gabriela Manchego Amesquita	Direccionamiento	Obst. Nancy Gabriela Manchego Amesquita Tec. de Enfer. Teresa Urquizo Cruz	X								Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio
	Gestión de Recursos humanos		X								Obst. Nancy Manchego Amesquita
	Gestión de la calidad		X								Obst. Nancy Manchego Amesquita
	Manejo del riesgo de atención			X							Obst. Nancy Manchego Amesquita
	Gestión de seguridad ante desastre			X							Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio
Obst. Nancy Gabriela Manchego Amesquita	Control de la Gestión y prestación	Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio Tec. de Enfer. Angélica Tito		X							Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio
	Atención Ambulatoria				X						Obst. Nancy Manchego Amesquita
	Atención Extramural				X						Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio
	Atención de emergencias				X						Obst. Nancy Manchego Amesquita
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento					X					Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio
	Admisión y alta	Obst. Nancy Gabriela				X					Tec. de Enfer. Teresa Urquizo Cruz
	Referencia y Contra referencia					X					Tec. de Enfer. Angélica

Obst. Nancy Gabriela Manchego Amesquita		Manchego Amesquita									Tito Tito
	Gestión de medicamentos					X					Tec. de Enfer. Teresa Urquizo Cruz
	Gestión de la información	Tec. de Enfer. TeresaUrquizo Cruz					X				Tec. de Enfer. Angélica Tito Tito
Obst. Nancy Gabriela Manchego Amesquita	Descontaminación , limpieza, desinfección, esterilización.						X				Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio
	Manejo del riesgo social	Lic. Wihmelia.S. Llerena Carpio						X			Tec. de Enfer. Teresa Urquizo Cruz
	Gestión de Insumos y materiales	Tec. de Enfer. Angélica Tito								X	Tec. de Enfer. Angélica Tito Tito
	Gestión de equipo e infraestructura	Tito								X	Tec. de Enfer. Angélica Tito Tito

GERENCIA REGIONAL DE SALUD-AREQUIPA
RED DE SALUD CASTILLA-CONDESUYOS-LA UNION



PLAN OPERATIVO
ANUAL 2024
P.S. PUYCA
AUTOEVALUACION EN
SALUD

PRESENTADO POR: JAIRA CANDY EGUIA CACERES

Médico Cirujano


YARETH DEL ROSARIO FALO VILLEGAS
PSICÓLOGA
C.Psic.P 39325

A.INTRODUCCION:

En la atención en salud se están viendo cambios en los últimos años, pasando de modelos paternalistas a modelos autónomos, la tecnificación de la medicina y las demandas y necesidades de salud son cambiantes. Haciendo que se busque un sistema de salud más humano y abierto al cambio para dar respuesta a las necesidades y demandas que los usuarios vayan planteando para lo cual tenemos que lograr mejoras en las tres dimensiones de la calidad, haciendo que el personal de salud se encuentre preparado en la formulación de proyectos, implementarlos y evaluarlos para mejorar áreas priorizadas luego de la auto evaluación y así lograr la acreditación de nuestros establecimientos de salud.

En el marco del Sistema De Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la Calidad, que comprende este sistema. Se atiende por acreditación , el proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un estableciendo de salud: y que está 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 claves de la atención en salud; y que se enfoca en l evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados.

El objetivo es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los establecimientos de salud cuenten con recursos y capacidades para brindar servicios de salud con calidad y así contribuir a disminuir las fallas en la atención en salud. Así la acreditación resulta en una calificación obtenida por un establecimiento de salud luego de haberse sometido a auto evaluación y posteriormente de una evaluación externa de un tercero calificado y al análisis de un cuerpo independiente quien niega o confiere dicha calificación. La evaluación busca evidencias de que el establecimiento de salud cumple con elementos de estructura, distintas a los de equipamiento e infraestructura, así como, cumple con el despliegue de procesos y alcanza resultados deseados por el sistema de salud vinculados a la calidad de la atención en salud. También el proceso de acreditación busca que el establecimiento de salud se someta sosteniblemente a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.

El proceso de Acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases (1) auto evaluación de carácter obligatorio, y (2) evaluación externa de carácter voluntario.

En el instrumento de acreditación existen estándares establecidos que permite orientar la evaluación intencionada de aspectos determinantes de la prestación de la salud que influyen en el resultado de la prestación, desde una perspectiva de la calidad. Los estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo. Su correcta aplicación está a cargo de equipos técnicos calificados de evaluadores internos y externos, previamente formados. Controlados y evaluados, quienes realizan la evaluación según a una metodología y periodicidad determinadas, a fin de permitir una evaluación continua de la calidad.

Posteriormente se expide un informe técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación en Salud, regional, quien decidirá si confiere o niega la acreditación al establecimiento de salud y resultará en la emisión de una Resolución Ministerial.

B.JUSTIFICACIÓN:

La auto evaluación es la primera fase de la acreditación y se hace más exigente si se tiene en cuenta el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica. Si la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta será capaz de reflejar las restricciones de cada subsector, y de reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional proderecho en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios. La estandarización también debe ser orientada a los métodos y técnica de evaluación a desarrollar que mejore la capacidad operativa de la propuesta técnica.

Para la acreditación se ha considerado llevar a cabo la auto evaluación en el establecimiento del centro de salud Alca, donde serán evaluados los estándares de acreditación.

EL PUESTO DE SALUD PUYCA considera importante la evaluación interna donde nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad , identificar oportunidades de mejora en diversos macro procesos y de esta manera implementar proyectos de mejora continua y así nos permitirá corregir las áreas identificadas como problemas , luego buscaremos una segunda evaluación interna , posteriormente solicitaremos la evaluación externa, lo que se traducirá en la emisión de un Informe Técnico de carácter institucional que se enviará al Comité Sectorial de Acreditación de Salud, quien decidirá si confiere o niega la acreditación.

C.OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar la auto evaluación para el proceso de acreditación de la PUESTO DE SALUD PUYCA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Someter al centro de salud alca a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todas sus funciones y procesos.
- Lograr que los prestadores opten por velar por una prestación estandarizada de servicios de salud en sus diversos componentes y de esa manera brindar garantías explícitas a los usuarios maximizando su satisfacción.
- Involucrar a los trabajadores del PUESRTO DE SALUD PUYCA en el proceso de Acreditación.
- Capacitar al personal sobre la normativa del proceso de acreditación.
- Conformar el equipo para la realización del proceso de acreditación del establecimiento de salud alca.
- Implementar las mejoras a las observaciones identificadas en el proceso de acreditación.
- 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.

D. ALCANCE:

La auto evaluación se realizará en el establecimiento del PUESTO DE SALUD PUYCA

E. BASE LEGAL:

- RSM N°107-2009-TR
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de "Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- D. S. N° 013-2006.SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
- R. M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R. M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- R. M. N° 502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°029-MINSA-DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de salud de auditoria de la calidad de atención en salud".

F. METODOLOGÍA:

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 será de tres tipos: para categorías I-1 hasta, III-1, para categorías III-2, según especialidades y para servicios médicos de apoyo

El listado de estándares de acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macro procesos. los estándares se despliegan en criterios de evaluación y estos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos

El listado de estándares de acreditación contiene tanto estándares genéticos como específicos. los estándares genéticos son de aplicación universal cualquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región

El guía del evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación

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

G.EQUIPO EVALUADOR:

Anexo A y B

- Lic. Roger Claros Espada
- Lic. Guido Aguirre Lipa
- Dra. Jaira Eguía Cáceres

EVALUADOR LÍDER: Jaira Eguía Cáceres

ANEXO B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B									
			JULIO				AGOSTO		
Responsables por sub equipo		Equipos de evaluadores internos	5	10	16	20	3	6	RESPONSABLE EVALUADO
JAIRA CANDY EGUIA CACERES	Direccionamiento	Obst. Guido Aguirre	X						Lic. Roger Claros Espada
	Gestión de recursos humanos	Obst. Guido Aguirre	X						
	Gestión de calidad	Obst. Guido Aguirre	X						
	Manejo de riesgo de atención	Obst. Guido Aguirre	X						
	Emergencias y desastres	Obst. Guido Aguirre		X					
	Control de la gestión y prestación	Obst. Guido Aguirre		X					
OBST. GUIDO AGUIRRE	Atención ambulatoria	Jaira Candy Eguia Caceres		X					JAIRA CANDY EGUIA CACERES
	Atención extramural	Jaira Candy Eguia Caceres		X					
	Atención de hospitalización	Jaira Candy Eguia Caceres							
	Atención de emergencias	Jaira Candy Eguia Caceres			X				
	Docencia e investigación	Jaira Candy Eguia Caceres							
	Atención quirúrgica	Jaira Candy Eguia Caceres			X				
OBST. GUIDO AGUIRRE	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Obst. Guido Aguirre				X			Lic. Roger Claros Espada
	Admisión y alta	Obst. Guido Aguirre				X			
	Referencia y contrarreferencia	Obst. Guido Aguirre				X			
	Gestión de medicamentos	Obst. Guido Aguirre				X			
	Gestión de la información	Obst. Guido Aguirre					X		
JAIRA CANDY EGUIA CACERES	esterilización, lavandería y limpieza	Lic Royer Espada					X		OBST. GUIDO AGUIRRE
	Manejo del riesgo social	Lic Royer Espada					X		
	Manejo de nutrición de pacientes	Lic Royer Espada					X		
	Gestión de insumos y materiales	Lic Royer Espada						X	
	Gestión de equipos e infraestructura	Lic Royer Espada						X	



PUESTO DE SALUD HUARCAYA – HUAYNACOTAS



PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN

OBSTETRA:

SHAREN YOMIRA CECIAS HUAMANCHUMO



DEPENDENCIA:

- **GERESA** : AREQUIPA
- **RED** : CASTILLAS – CONDESUYOS – LA UNIÓN
- **MICRO-RED** : ALCA
- **ESTABLECIMIENTO** : P.S HUARCAYA


YANETH DEL ROSARIO FALO VILLEGAS
PSICÓLOGA
C. Psic.P 39325

2024

I. INTRODUCCIÓN

La autoevaluación es una forma de “auto diagnóstico” de la cultura de la calidad y seguridad de pacientes y permite delinear un plan de mejoras a medida de las necesidades de la organización.

Los procesos de autoevaluación de la calidad en salud fomentan el mejoramiento continuo de los procesos centrados en la vida, la salud, la seguridad de pacientes y la humanización de la atención. Muchos establecimientos de salud, que buscan certificar determinados procesos críticos o prepararse para la acreditación del establecimiento; inician el camino a través de la conformación de un equipo interdisciplinario (comité de calidad) que implementa procesos de autoevaluación, para luego avanzar hacia otros objetivos.

Las evaluaciones de calidad en el sector salud, y la definición de sus criterios y estándares fueron diseñadas para fomentar el mejoramiento continuo y los procesos centrados en la vida, la salud y la seguridad de los pacientes.

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de autoevaluación de establecimientos de salud va a permitir realizar un diagnóstico de cómo se encuentra, la infraestructura, equipamiento, recursos, materiales, financieros y principalmente el desarrollo profesional de cada personal que labora en el P.S Huarcaya, y las actividades que desempeñan frente a los servicios de salud que se brinda a la comunidad. Nos va a permitir realizar modificaciones, tomar medidas correctivas, mejorar la calidad de atención en base a proyectos de mejora continua de la calidad.

III. OBJETIVOS:

II.1. OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a garantizar que el P.S de Huarcaya cuente con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares definidos para maximizar la satisfacción de los usuarios.

II.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar la autoevaluación de estándares de acreditación.
- Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de acreditación.

IV. ALCANCE

- El presente `plan se ejecutará en el P. S. HUARCAYA

V. BASES LEGALES

- RSM N°107-2009-TR
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de “Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- R. M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- D. S. N° 013-2006.SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- R. M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.

- R. M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R. M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- R. M. N° 502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°029-MINSA-DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de salud de auditoria de la calidad de atención en salud”.

V. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y generan ciclos de mejoramiento continuo. La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, para la cual el Equipo Autoevaluador, previamente capacitado, hace uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud según categoría; procediendo a realizar una evaluación interna, determinando el nivel de cumplimiento de estándares y criterios, identificando fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Se utilizarán las Directivas y normas técnicas del Ministerio de Salud, que estandarizan los procesos en cada servicio o área, el cual se realizará según cada macroproceso

VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN -A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO		
		25	27	29	30	3	6	16	20	5	7	17	20	3	10	31
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder		X														
Designación de responsables por cada macroproceso			X													
Presentación del plan a la dirección				X												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de estándares de acreditación					X											
Presentación del plan a jefes de servicio, personal					X											
MACROPROCESOS																
Direccionamiento						X										
Gestión de recursos humanos						X										
Gestión de la Calidad						X										
Manejo del riesgo de atención							X									
Emergencia y desastres							X									
Control de la gestión y prestación							X									
Atención ambulatoria							X									
Atención extramural																
Atención de hospitalización								X								
Atención de emergencias																
Docencia e investigación																
Atención Quirúrgica									X							
Apoyo al diagnóstico y tratamiento									X							
Admisión y alta									X							
Referencia y contrareferencias									X							
Gestión de medicamentos										X						
Gestión de la información										X						

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B

		JULIO				AGOSTO			
Responsables por sub equipo		Equipos de evaluadores internos	5	7	16	20	3	10	EVALUADOS
	Direccionamiento	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO	X						MED. ANDREA RIOS
	Gestión de recursos humanos	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO	X						MED. ANDREA RIOS
	Gestión de calidad	MED. ANDREA RIOS	X						OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Manejo de riesgo de atención	MED. ANDREA RIOS	X						OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Emergencias y desastres	MED. ANDREA RIOS		X					OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Control de la gestión y prestación	MED. ANDREA RIOS		X					OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
MED. ANDREA RIOS	Atención ambulatoria	MED. ANDREA RIOS		X					OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Atención extramural	MED. ANDREA RIOS		X					OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Atención de hospitalización	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO							MED. ANDREA RIOS

	Atención de emergencias	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO			X				MED. ANDREA RIOS
	Docencia e investigación	MED. ANDREA RIOS							
	Atención quirúrgica	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO			X				MED. ANDREA RIOS
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	MED. ANDREA RIOS				X			OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Admisión y alta	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO				X			MED. ANDREA RIOS
	Referencia y contra referencia	MED. ANDREA RIOS				X			OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Gestión de medicamentos	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO				X			MED. ANDREA RIOS
	Gestión de la información	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO					X		MED. ANDREA RIOS
MED. ANDREA RIOS	Esterilización, lavandería y limpieza	MED. ANDREA RIOS					X		OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO
	Manejo del riesgo social	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO					X		MED. ANDREA RIOS
	Manejo de nutrición de pacientes	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO					X		MED. ANDREA RIOS
	Gestión de insumos y materiales	MED. ANDREA RIOS						X	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO

	Gestión de equipos e infraestructura	OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO							X	MED. ANDREA RIOS
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	---	------------------

VII. EQUIPO DE EVALUACIÓN

➤ LÍDER : MED. ANDREA RIOS

EVALUADORES : OBST. SHAREN CECIAS HUAMANCHUMO