



RESOLUCIÓN JEFATURAL

RES. JEF. N.º 048 -2022-GRA-P/DIRSA-DE/RED N.º 2 C.C.L.U. –MRC-CSC.

Corire, 20 de mayo del 2022

CONSIDERANDO:

Que estando dentro de los alcances del DL.276; el Artículo 25º del reglamento de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa, aprobado mediante decreto supremo N.º 005 – 90 - PCM, establecen las condiciones para la asignación de funciones al personal del sector público nacional; ley 23536 normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud;

Con los visados del encargado del Área de Logística, área de Personal y con la opinión favorable de la Jefatura de la Micro red de Salud Corire.

De conformidad con los dispositivos de los Decretos Leyes N.º 21292, 22867 y en uso de las facultades y atribuciones conferidas por **resolución directoral 051 – 2021-GRA/GRS/GR-DRSCCU-DIREC-OA-RR. HH**, que delega funciones sobre acciones de personal;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- CONFORMAR a partir de la presente Resolución el COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE LA MICRO RED CORIRE periodo 2022, formulado a favor de los siguientes servidores:

- Lic. Ingrid Ancasi Huamán Jefe de la MR Corire
- Ps. Esther Feria Espinoza
- CD. Darwin Garate Cornejo
- Med. Hipólito Pérez Sánchez
- Lic. Isabel Pérez Talavera
- Obs. Nieves Ancalla Aragon
- QF. Alejandra Paredes Pinto
- TS. Grecia Llocle Mamani
- Blg. Fiorella Chelín Mogollón
- Tec. Enf. Jady Lima Condori
- Tec. Enf. Sonia Medina Pacheco
- Tec. Enf. Mariluz Apaza Estrada
- Tec. Farm. Eduardo Goche Alpaca

Artículo 2º.- El servidor en mención deberá proceder a efectuar la recepción del cargo correspondiente dentro del plazo que la normativa legal señala. -----

Artículo 3º.- Disponer la publicación de la presente resolución en señal de transparencia en el mural de la gerencia de la Micro Red de salud Corire. -----

La presente encargatura de funciones, no da derecho al nombramiento definitivo del trabajador en el cargo propuesto.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase



Ingrid Ancasi Huamán
Lic. Ingrid Ancasi Huamán
 Jefe de la Microred de Salud Corire
 RED DE SALUD C.C.U.
 Gerencia Regional de Salud Arequipa

IMAH/
C.C Archivo
Mr.csc.



PERÚ

Ministerio
de Salud

RESOLUCIÓN JEFATURAL

RES. JEF. N.º 053 -2022-GRA-P/DIRSA-DE/RED N.º 2 C.C.L.U. –MRC-CSC.

Corire, 07 de junio del 2022

CONSIDERANDO:

Que estando dentro de los alcances del DL.276; el Artículo 25º del reglamento de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa, aprobado mediante decreto supremo N.º 005 – 90 - PCM, establecen las condiciones para la asignación de funciones al personal del sector público nacional; ley 23536 normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud;

Con los visados del encargado del Área de Logística, área de Personal y con la opinión favorable de la Jefatura de la Micro red de Salud Corire.

De conformidad con los dispositivos de los Decretos Leyes N.º 21292, 22867 y en uso de las facultades y atribuciones conferidas por **resolución directoral 051 – 2021- GRA/GRS/GR-DRSCCU-DIREC-OA-RR. HH**, que delega funciones sobre acciones de personal;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- CONFORMAR a partir de la presente Resolución el “EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS” de la Micro Red de Salud Corire periodo 2022, formulado a favor de los siguientes servidores:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| • Lic. Ingrid Ancasi Huamán | Jefe de la MR Corire |
| • Lic. David Claros Espada | Evaluador Líder del C.S. Corire |
| • Ps. Esther Feria Espinoza | |
| • CD. Darwin Garate Cornejo | |
| • Tec. Enf. Víctor Collado Fernández | Evaluador Líder del P.S Pedregal |
| • Tec. Enf. Mary Figueroa | Evaluador Líder del P.S Torán |
| • Lic. Ruth Lupe Benavente Martínez | Evaluador Líder del P.S Escalerillas |

Artículo 2º.- El servidor en mención deberá proceder a efectuar la recepción del cargo correspondiente dentro del plazo que la normativa legal señala. -----

Artículo 3º.- Disponer la publicación de la presente resolución en señal de transparencia en el mural de la gerencia de la Micro Red de salud Corire. -----

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

IMAH/
C.C Archivo
Mr.csc.

Lic. Ingrid Ancasi Huamán
Jefe de la Microred de Salud Corire
RED DE SALUD C.C.U.
Gerencia Regional de Salud Arequipa



PERÚ

Ministerio
de Salud

RESOLUCIÓN JEFATURAL

RES. JEF. N.º 054-2022-GRA-P/DIRSA-DE/RED N.º 2 C.C.L.U. –MRC-CSC.

Corire, 10 de junio del 2022

CONSIDERANDO:

Que estando dentro de los alcances del DL.276; el Artículo 25º del reglamento de la Ley de Bases de la Carrera Administrativa, aprobado mediante decreto supremo N.º 005 – 90 - PCM, establecen las condiciones para la asignación de funciones al personal del sector público nacional; ley 23536 normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud;

Con los visados del encargado del Área de Logística, área de Personal y con la opinión favorable de la Jefatura de la Micro red de Salud Corire.

De conformidad con los dispositivos de los Decretos Leyes N.º 21292, 22867 y en uso de las facultades y atribuciones conferidas por **resolución directoral 051 – 2021-GRA/GRS/GR-DRSCCU-DIREC-OA-RR. HH**, que delega funciones sobre acciones de personal;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR el plan de Autoevaluación, de la Micro Red de Salud Corire-periodo 2022, formulado a favor del Comité de autoevaluación:

- *Plan de Autoevaluación del Puesto de Salud Escalerillas*
- *Plan de Autoevaluación del Puesto de Salud Torán*
- *Plan de Autoevaluación del Puesto de Salud Pedregal*
- *Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Corire*

Artículo 2º.- El servidor en mención deberá proceder a efectuar la recepción del cargo correspondiente dentro del plazo que la normativa legal señala. -----

Artículo 3º.- Disponer la publicación de la presente resolución en señal de transparencia en el mural de la gerencia de la Micro Red de salud Corire. -----

La presente encargatura de funciones, no da derecho al nombramiento definitivo del trabajador en el cargo propuesto.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

IMAH/
C.C Archivo
Mr.csc.


Lic. Ingrid Ancasi Huamán
Jefe de la Microred de Salud Corire
RED DE SALUD C.C.U.
Gerencia Regional de Salud Arequipa

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CORIRE 2022

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se han observado cambios en el sector salud, pasando modelos tradicionales y paternalistas a modelos autogestionarios.

El avance de la tecnología que se evidencio en su cumbre a raíz de esta pandemia, ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado la creación de un sistema de salud abierto al cambio y que además responda a las necesidades que demanda el usuario.

En el proceso de institucionalizar y fortalecer la gestión de la calidad, la acreditación se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad, ya que permite obtener un compromiso claro de los establecimientos de salud por mejorar la calidad de la atención, garantizando un entorno seguro y trabajando en la reducción de los riesgos, además que este proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de los servicios que brindan los establecimientos de salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de los servicios con un grupo de estándares previamente establecidos denominados macro procesos.

En este contexto señalando la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, “Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada con R.M 456-2007/MINSA el 04 de junio del 2007, la Microred de Salud Corire realizará el proceso de autoevaluación que estará a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados y capacitados.

II. JUSTIFICACIÓN

Debido a que el Centro de Salud Corire brinda servicios de salud a una población que cada vez demanda de mayor cantidad de dichos servicios; es que nuestra institución deberá prepararse para brindar mayores servicios y de calidad; debiendo para esto preparar a sus colaboradores, sus sistemas de atención y su capacidad logística.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar, no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo donde es fundamental tener en cuenta la satisfacción y la opinión del paciente o usuario o como se define hoy día el cliente. En tercer lugar, es una cualidad objetivable y mensurable. Por último, no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización.

Para este fin es imprescindible que Gestión de la Calidad introduzca una cultura de evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales haciéndose necesario entonces, fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención, de forma de inducir al sector transformaciones en ese sentido un proceso continuo, permanente y uniforme para todos los subsectores del sector salud.

La autoevaluación dentro del proceso de acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de servicios de salud y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa.

El desafío para el Centro de Salud Corire es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejores continuas.



III. OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Obtener la evidencia de los macro procesos con respecto al desempeño en el Centro de Salud Corire, para la acreditación de dicho establecimiento.

- **Objetivos Específicos**

- Verificar el nivel del cumplimiento de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponde al nivel I-4 del Centro de Salud Corire
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- Promover una cultura de calidad en el Centro de Salud Corire a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE

La autoevaluación se realizará en los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Corire

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813 – Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27 867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades.
- D.S. N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.

- D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y SMA”.
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el “Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009”.
- R.M. N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”.



- R.M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

El equipo de auto evaluadores internos del Centro de Salud Corire utilizaran diversas técnicas e instrumentos de verificación que les permitirá evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación

a. Técnicas de Evaluación

Verificación/revisión de documentos: una de las fuentes a las que se recurrirá para obtener la información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa procesos, etc.

Observación: Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así también se trata de observar al entorno.

Entrevista: Permitir tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.

Muestras: Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible

Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Auditoría: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

b. Instrumentos de Evaluación

El instrumento que se empleara durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de categoría I-4, que corresponde al Centro de Salud Corire.

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
Total	75	361

VIII. COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION

Lic. Ingrid Ancasi Huaman

Jefe de la Micro Red Corire

Lic. David Claros Espada

Evaluador líder del C.S. Corire

PS. Esther Feria Espinoza

Med. Hipólito Pérez Sánchez

CD. Darwin Garate Cornejo

Lic. Isabel Pérez Talavera

Obst. Nieves Ancalla Aragón

QF. Alejandra Paredes Pinto

TS. Grecia Lloclle Mamani

Blg. Fiorella Chelín Mogollón

Tec. Enf. Jady Lima Condori

Tec. Enf. Sonia Medina Pacheco

Tec. Enf. Mariluz Apaza Estrada

Tec. Farm. Eduardo Goche Alpaca

VII. Anexo N° 1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION- A - CENTRO DE SALUD CORIRE

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO					JULIO					SEPTIEMBRE						
		16	17	25	30	02	11	20	27	17	19	21	23	25				
Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Lic. David Claros Espada			X														
Designación de responsables por cada macro proceso	Ps. Esther Feria Espinoza			X														
Presentación del plan a la Red de Salud	Lic Ingrid Ancasi Huamán				X													
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis del listado de estándares de acreditación	Lic. David Claros Espada						X											
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal	Lic Ingrid Ancasi Huaman							X										
MACROPROCESOS																		
Dirreccionamiento	Lic Ingrid Ancasi Huaman													X				
Gestión de Recursos Humanos	Lic Ingrid Ancasi Huaman													X				
Gestión de calidad	Lic Ingrid Ancasi Huaman													X				
Manejo de riesgo de atención	Lic Ingrid Ancasi Huaman													X				
Gestión de seguridad ante desastres	Lic Ingrid Ancasi Huaman													X				
Control de la gestión y prestación	Lic. David Claros Espada														X			
Atención ambulatoria	Lic. David Claros Espada														X			
Atención hospitalización	Lic. David Claros Espada														X			
Atención de emergencia	Lic. David Claros Espada														X			

Apoyo al diagnóstico y tratamiento	CD Darwin Garate Cornejo	X																	
Admisión y alta		X																	
Desarrollo de servicios		X																	
Gestión de medicamentos		X																	
Gestión de información		X																	
Descontaminación, limpieza y esterilización	Ps. Esther Feria Espinoza	X																	
Manejo del riesgo social																			
Gestión de insumos y materiales																			
Gestión de equipos e infraestructura																			
Procesamiento de datos	Lic. David Claros Espada																		
Análisis de resultados	Lic. Ingrid Ancasi Human																		
Elaboración del informe preliminar	Ps. Esther Feria Espinoza																		
Revisión y corrección del informe	Lic. David Claros Espada																		
Entrega del informe técnico	Lic Ingrid Ancasi Huamán																		X


Lic. DAVID CLAROS ESPADA
ENFERMERO
CEP 45102

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION B- CENTRO DE SALUD CORIRE

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SETIEMBRE				RESPONSABLE EVALUADO
			17	19	21	23	
Lic Ingrid Ancasi Huaman	Direccionamiento	Lic. David- Ps. Esther	MAÑANA			23	Lic Ingrid Ancasi Huaman
	Gestión de Recursos Humanos	Lic. David- Ps. Esther	MAÑANA				Tec. Adm. Eduardo Goche Alpaca
	Gestión de calidad	Lic. David- Ps. Esther	MAÑANA				Ps. Esther Feria Espinoza
	Manejo de riesgo de atención	Lic. David- Ps. Esther	MAÑANA				Med. Hipólito Pérez Sanchez
	Gestión de seguridad ante desastres	Lic. David- Ps. Esther	MAÑANA				Lic. Isabel Pérez Talavera
Lic. David Claros Espada	Control de la gestión y prestación	Ps. Esther-CD. Darwin		MAÑANA			Tec. Sonia Medina Pacheco
	Atención ambulatoria	Ps. Esther-CD Darwin		MAÑANA			Lic. Isabel Pérez Talavera
	Atención hospitalización	Ps. Esther-CD Darwin		MAÑANA			Obs. Nieves Ancalla Aragón
	Atención de emergencia	Ps. Esther-CD Darwin		MAÑANA			Med. Hipólito Pérez Sánchez
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Lic. David- Lic Ingrid		MAÑANA	MAÑANA		Biol. Fiorella Chelín Mogollón
Ps. Esther Feria Espinoza	Admisión y alta	Lic. David- Lic Ingrid			MAÑANA		Tec. Enf. Jadi Lima Condori
	Desarrollo de servicios	Lic. David - Lic Ingrid			MAÑANA		Lic. David Claros Espada
	Gestión de medicamentos	Lic. David - Lic Ingrid			MAÑANA		QF. Alejandra Paredes Pinto
	Gestión de información	Lic. Ingrid- CD Darwin			MAÑANA	MAÑANA	Tec. Mariluz Apaza Estrada
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic Ingrid- CD Darwin				MAÑANA	Biol. Fiorella Chelín Mogollón
Ps. Esther Feria Espinoza	Manejo del riesgo social	Lic Ingrid- CD Darwin				MAÑANA	TS. Grecia Licolle Mamani
	Gestión de insumos y materiales	Lic Ingrid- CD Darwin				MAÑANA	Obs. Nieves Ancalla Aragón
	Gestión de equipos e infraestructura	Lic Ingrid- CD Darwin				MAÑANA	Tec. Adm. Eduardo Goche Alpaca



Lic. DAVID CLAROS ESPADA
ENFERMERO
CEP 45102



PERÚ Ministerio de Salud



PUESTO DE SALUD TORAN

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION



2022



PERÚ

Ministerio
de Salud



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2022

PUESTO DE SALUD TORAN

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de Calidad en Salud aprobado mediante la RM N°519-2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la Calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M N°456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

El proceso de acreditación es único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional: el modelo organizativo es público con funciones compartidas.

El proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la autoevaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, en los planes operativos anuales, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al Puesto de Salud superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

II. JUSTIFICACION

La autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los



establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

Dicha norma está diseñado, en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2022, por ser necesario mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

En este contexto, la implementación de la norma es de suma relevancia, para así comprobar el nivel de aplicabilidad en el Puesto de Salud Escalerillas y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores.

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad. Así mismo la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud.

En el Puesto de Salud Torán, en los últimos años se han implementado experiencias el presente documento responde expresamente al proceso de autoevaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Establecimiento de Salud.

III. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

- Obtener la evidencia de los macro procesos con respecto al desempeño del Puesto de Salud Torán, para la acreditación de dicho establecimiento.

b. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar el nivel del cumplimiento de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponde al nivel I-2 del Puesto de Salud Torán.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.





- Promover una cultura de calidad en el Puesto de Salud Torán a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE

El alcance de la Autoevaluación abarca a todos los servicios tanto asistencial como administrativo del P.S. Torán.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de Salud"
- Ley N°27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N°023-2005-SA, que aprueba en el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Ley N°27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- Ley N°27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- Ley N°27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- R.M. N°768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N°519-2006/MINSA DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N°703-2006/MINSA "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N°050-MINSA/DGSP-V.01
- R.M. N°456-2007/MINSA 5 de Junio del 2007. NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02
- NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION

La autoevaluación se realizara a partir de la experiencia del equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual del Puesto de Salud de Torán.

Se seguirá los siguientes pasos:

a. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- *Verificación/revisión de documentos:* una de las fuentes a las que se recurrirá para obtener la información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa procesos, etc.





PERÚ

Ministerio de Salud



- *Observación:* Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así también se trata de observar al entorno.
- *Entrevista:* Permitir tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- *Muestras:* Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- *Encuestas:* Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- *Auditoría:* Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

b. INSTRUMENTOS DE LA ACREDITACION

Para la acreditación del Puesto de Salud de Torán se hará uso de los siguientes instrumentos: listado de estándares de acreditación, guía del evaluador, el aplicativo para el registro de resultado y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

- ▶ El listado de estándares de acreditación que usará para el Puesto de Salud Torán será para categoría 1-2. El cual contiene un conjunto de estándares organizados por Macroprocesos. 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 genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cuales quiera sea el nivel de complejidad, los estándares específicos se establecen y responden realidades epidemiológicas propias de cada región.
- ▶ La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir la acreditación
- ▶ El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud y de los evaluadores externos.





RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
Total	75	361

VII. COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION

Tec. Mary Figueroa Aguilar

Evaluadora Líder P.S. Torán

Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez Gamero

PS. Esther Feria Espinoza

Lic. Enf. Camila Huanca Quintanilla



PUESTO DE SALUD TORÁN
Mary Nelly Figueroa Agui
 TÉCNICA EN ENFERMERÍA
 DNI 300011



PERU
Ministerio
de Salud



VIII. Anexo N° 1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION- A - PUESTO DE SALUD TORAN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO					JULIO					SEPTIEMBRE						
		07	08	24	30	02	10	20	30	18	19	20	21	30				
Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Tec. Mary Figueroa A.			x														
Designación de responsables por cada macro proceso	Tec. Giannicarlo Velásquez G.			x	x													
Presentación del plan a la Red de Salud	PS. Esther Feria Espinoza					x												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis del listado de estándares de acreditación	Tec. Mary Figueroa A.						x											
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal	Tec. Giannicarlo Velásquez G.									x								
MACROPROCESOS																		
Direccionamiento																		
Gestión de Recursos Humanos														x				
Gestión de calidad																		
Manejo de riesgo de atención	Tec. Giannicarlo Velásquez G.																	
Gestión de seguridad ante desastres																		
Control de la gestión y prestación																		
Atención ambulatoria																		
Atención extramural	Tec. Mary Figueroa A.																	
Atención de emergencia																		
Admisión y alta																		

Mary Figueroa Aguilar
TECNICA EN ENFERMERIA
DNI: 30854128



PERU

Ministerio de Salud



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION B- PUESTO DE SALUD TORAN

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SETIEMBRE			RESPONSABLE EVALUADO
			18	19	20	
Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez G.	Direccionamiento	Tec. Mary Figueroa - Lic. Camila Huanca	MAÑANA			Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez G.
	Gestión de Recursos Humanos	Tec. Giannicarlo V. - Tec. Mary Figueroa	MAÑANA			Lic. Camila Huanca Q.
	Gestión de calidad	PS. Esther Feria E. - Lic. Camila Huanca	MAÑANA			Med. Serums
	Manejo de riesgo de atención	PS. Esther Feria E. - Lic. Camila Huanca		TARDE		Med. Serums
	Gestión de seguridad ante desastres	Tec. Giannicarlo V. - Tec. Mary Figueroa			MAÑANA	Lic. Camila Huanca
	Control de la gestión y prestación	Tec. Mary Figueroa - Lic. Camila Huanca	MAÑANA			Obst. SERUMS
	Atención ambulatoria	Tec. Giannicarlo Velásquez. - Tec. Mary Figueroa	MAÑANA			Lic. Camila Huanca Q.
	Atención extramural	Tec. Mary Figueroa - Lic. Camila Huanca	MAÑANA			Medico SERUMS
	Atención de emergencias	Tec. Giannicarlo V. - Lic. Camila Huanca		TARDE		Medico SERUMS
	Admisión y alta	PS. Esther Feria E. - Lic. Camila Huanca		MAÑANA		Obst. SERUMS
Lic. Enf. Camila Huanca Quintanilla	Referencia y contrareferencia	PS. Esther Feria E. - Lic. Camila Huanca	MAÑANA			Obst. SERUMS
	Gestión de medicamentos	Tec. Mary Figueroa - Lic. Camila Huanca		MAÑANA		Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez
	Gestión de la información	Tec. Giannicarlo V. - Tec. Mary Figueroa		MAÑANA		Lic. Camila Huanca Q.
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Tec. Giannicarlo V. - Lic. Camila Huanca		TARDE		Tec. Enf. Mary Figueroa
	Manejo del riesgo social	Tec. Giannicarlo V. - Lic. Camila Huanca		TARDE		Tec. Enf. Mary Figueroa Aguilar
	Gestión de insumos y materiales	Tec. Mary Figueroa - Lic. Camila Huanca		MAÑANA		Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez Gamero
	Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Mary Figueroa - Lic. Camila Huanca		MAÑANA		Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez
						MAÑANA

Mary Figueroa Aguilar
Mary Figueroa Aguilar
 TECNICA EN ENFERMERIA
 DNI: 30854123



PERÚ Ministerio de Salud



PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL PS. ESCALERILLAS

MC. MILUSKA LEONOR TICONA YERBA

2022



MINISTERIO DE SALUD

Dra. Miluska Ticona Y.
MEDICA CIRUJANA
CMP 78824

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

I. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de Calidad en Salud aprobado mediante la RM N°519-2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la Calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M N°456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

El proceso de acreditación es único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional: el modelo organizativo es público con funciones compartidas.

El proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la autoevaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, en los planes operativos anuales, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al Puesto de salud superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

En este marco el Puesto de Salud Escalerillas, plantea la necesidad de contar con un plan de Autoevaluación 2022 que direcciona, así mismo se ha efectuado durante estos últimos años autoevaluaciones obteniéndose un resultado menor al 80% de los estándares de acreditación.



II. JUSTIFICACION

La autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

Dicha norma está diseñado, en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2022, por ser necesario mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

En este contexto, la implementación de la norma es de suma relevancia, para así comprobar el nivel de aplicabilidad en el Puesto de Salud Escalerillas y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores.

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad. Así mismo la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud.

En el Puesto de Salud Escalerillas, en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta como puesto de salud, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera un claro incentivo más aun cuando está ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento ala gestión de calidad.

El presente documento responde expresamente al proceso de autoevaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Puesto de Salud Escalerillas.



III. OBJETIVO GENERAL

- Alcanzar óptimos resultados en el proceso de acreditación, con respecto a la evidencia de los macroprocesos desempeñados en el Puesto de Salud de Escalerillas.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar los macroprocesos del Listado de estándares nacionales para fortalecer a los órganos a través de la identificación y socialización de los problemas y necesidad que conllevaran a la elaboración de los Planes de Mejora para la acreditación.
- Continuar con la autoevaluación, primera fase y punto de partida para la acreditación.
- Analizar los resultados obtenidos por el proceso de autoevaluación.
- Emitir el informe y las recomendaciones para ser abordados con un proyecto o plan de mejoramiento.

V. ALCANCE

El proceso de autoevaluación se realizará en los servicios asistenciales y administrativos del Puesto de Salud Escalerillas.

VI. BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de Salud"
- Ley N°27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N°023-2005-SA, que aprueba en el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Ley N°27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- Ley N°27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- Ley N°27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- R.M. N°768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N°519-2006/MINSA DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N°703-2006/MINSA "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N°050-MINSA/DGSP-V.01
- R.M. N°456-2007/MINSA 5 de Junio del 2007. NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02



VII. METODOLOGIA DE EVALUACION

La autoevaluación se realizara a partir de la experiencia del equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual del Puesto de Salud de Escalerillas.

Se seguirá los siguientes pasos:

- Identificación de macroprocesos para cada servicio.
- Conformación del equipo, fecha y responsables por cada macro proceso.
- Desarrollo de la autoevaluación.
- Redacción de las debilidades de la organización frente al estándar.
- Definir acciones de mejoramiento para las debilidades.
- Calificación de estándar por consenso del equipo evaluador.
- Elaboración del informe final.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicio que brinda el Puesto de Salud Escalerillas, referencias, normativas y criterios de evaluación en función a 22 macro procesos que para los establecimientos del nivel I-2, son aplicables 17 macro procesos correspondientes, 42 estándares y 132 criterios aplicables.

Los procesos que no logren el 85% de cumplimiento, se les brindara apoyo y asesoría para identificar los problemas y necesidades que conllevaran a la elaboración de Proyectos de Mejora, el mismo que será socializado con las recomendaciones brindadas.

Se entregara las observaciones y correcciones al jefe del Puesto de Salud, para contribuir a la elaboración de proyectos de Mejora.

Instrumentos de la acreditación:

Para la acreditación del Puesto de Salud de Escalerillas se hará uso de los siguientes instrumentos: listado de estándares de acreditación, guía del evaluador, el aplicativo para el registro de resultado y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

- ▶ El listado de estándares de acreditación que usará para el Puesto de Salud Escalerillas será para categoría I-2. El cual contiene un conjunto de estándares organizados por Macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y estos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION B-PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SEPTIEMBRE				RESPONSABLE EVALUADO	
			16	17	18	19		
LicRuth Lupe Benavente Martínez	Direccionamiento	Obst. Verónica – Tec. Enf. Judith	MAÑANA	MAÑANA			LicRuth Benavente Martínez	
	Gestión de Recursos Humanos	Obst. Verónica – Tec. Enf. Judith	MAÑANA	MAÑANA			LicRuth Benavente Martínez	
	Gestión de calidad	Obst. Verónica – Tec. Enf. Judith		MAÑANA			Lic. Ruth Benavente Martínez	
	Manejo de riesgo de atención	Obst. Verónica – Tec. Enf. Judith			MAÑANA		Medico	
	Gestión de seguridad ante desastres	Obst. Verónica – Tec. Enf. Judith			MAÑANA		Lic. Ruth Benavente Martínez	
	Control de la gestión y prestación	Obst. Verónica – Tec. Enf. Judith				MAÑANA	Obst. Verónica Belzu Valdivia	
	Atención ambulatoria	Lic. Ruth – Tec. Enf. Judith	MAÑANA				Obst. Verónica Belzu Valdivia	
	Atención extramural	Lic. Ruth – Tec. Enf. Judith		MAÑANA			Medico	
	Atención de emergencias	Lic. Ruth – Tec. Enf. Judith		MAÑANA			Medico	
	Admisión y alta	Lic. Ruth – Tec. Enf. Judith			MAÑANA		Obst. Verónica Belzu Valdivia	
Tec. Enf. Judith Magdalena Mamani Pari	Referencia y contrareferencia	Lic. Ruth – Tec. Enf. Judith				MAÑANA	Obst. Verónica Belzu Valdivia	
	Gestión de medicamentos	Lic. Ruth – Obst. Verónica	MAÑANA				Tec. Enf. Judith Mamani Pari	
	Gestión de la información	Lic. Ruth – Obst. Verónica	MAÑANA				Tec. Enf. Judith Mamani Pari	
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic. Ruth – Obst. Verónica		MAÑANA			Tec. Enf. Judith Mamani Pari	
	Manejo del riesgo social	Lic. Ruth – Obst. Verónica		MAÑANA			Tec. Enf. Judith Mamani Pari	
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Ruth – Obst. Verónica			MAÑANA		Tec. Enf. Judith Mamani Pari	
	Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Ruth – Obst. Verónica			MAÑANA		Tec. Enf. Judith Mamani Pari	
							MAÑANA	


R. Lupe Benavente Martínez
 ENFERMERA
 G.E.F. 17291

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL PUESTO DE SALUD EL PEDREGAL 2022

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se han observado cambios en el sector salud, pasando modelos tradicionales y paternalistas a modelos autogestionarios.

El avance de la tecnología que se evidencio en su cumbre a raíz de esta pandemia, ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado la creación de un sistema de salud abierto al cambio y que además responda a las necesidades que demanda el usuario.

En el proceso de institucionalizar y fortalecer la gestión de la calidad, la acreditación se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad, ya que permite obtener un compromiso claro de los establecimientos de salud por mejorar la calidad de la atención, garantizando un entorno seguro y trabajando en la reducción de los riesgos, además que este proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de los servicios que brindan los establecimientos de salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de los servicios con un grupo de estándares previamente establecidos denominados macro procesos.

En este contexto señalando la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, “Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada con R.M 456-2007/MINSA el 04 de junio del 2007, el Puesto de Salud El Pedregal realizará el proceso de autoevaluación que estará a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados y capacitados.

II. JUSTIFICACIÓN

Debido a que el Puesto de Salud El Pedregal brinda servicios de salud a una población, que cada vez demanda mayor cantidad de dichos servicios; es que nuestra institución deberá prepararse para brindar cada vez mejores servicios; debiendo para esto preparar a sus colaboradores, sus sistemas de atención y su capacidad logística.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar, no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo donde es fundamental tener en cuenta la satisfacción y la opinión del paciente o usuario o como se define hoy día el cliente. En tercer lugar, es una cualidad



objetivable y medible. Por último, no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización.

Para este fin es imprescindible que Gestión de la Calidad introduzca una cultura de evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales haciéndose necesario entonces, fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención.

La autoevaluación dentro del proceso de acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de servicios de salud y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa.

El desafío para el Puesto de Salud El Pedregal es poder evaluar este proceso en su totalidad de tal modo que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejores continuas.

III. OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Obtener la evidencia de los macro procesos con respecto al desempeño en el Puesto de Salud El Pedregal, para su respectiva acreditación.

- **Objetivos Específicos**

- Verificar el nivel del cumplimiento de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponde al Puesto de Salud El Pedregal.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- Promover una cultura de calidad en el Puesto de Salud El Pedregal a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE

La autoevaluación se realizará en el P.S. Pedregal I-2.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.



- Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813 – Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27 867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades.
- D.S. N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y SMA”.
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el “Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009”.
- R.M. N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”.
- R.M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN

El equipo de auto evaluadores internos del Puesto de Salud El Pedregal utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirá evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación.

A. Técnicas de verificación:

- *Verificación/revisión de documentos:* una de las fuentes a las que se recurrirá para obtener la información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa procesos, etc.
- *Observación:* Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así también se trata de observar al entorno.
- *Entrevista:* Permitir tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- *Muestras:* Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible
- *Encuestas:* Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- *Auditoría:* Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.



Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicio del Puesto de Salud El Pedregal como en este caso son aplicables 17 macro procesos, correspondientes, 42 estándares y 132 criterios aplicables 36%.

B. Instrumentos de la Acreditación

Para la acreditación del Puesto de Salud El Pedregal se hará uso de los siguientes instrumentos: listado de estándares de acreditación, guía del evaluador, el aplicativo para el registro de resultado y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

El listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por Macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y estos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.

El listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cuales quiera sea el nivel de complejidad, los estándares específicos se establecen y responden realidades epidemiológicas propias de cada región.

La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir la acreditación

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

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
Total	75	361



VIII. COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION

Tec. Enf. Victor Ali Fernandez Collado Evaluador líder del P.S. Pedregal
Lic. Enf. María Alejandra Yucra Quispe
Med. Joan Gamarra Yucra
Lic. Obst. Alejandra Lazo Escobedo



The image shows a circular official stamp in blue ink. The outer ring of the stamp contains the text "MINISTERIO DE SALUD" at the top and "PUESTO DE SALUD EL PEDREGAL" at the bottom. In the center of the stamp is the coat of arms of the Republic of Peru, with the word "JEFATURA" written below it. To the right of the stamp is a handwritten signature in blue ink that reads "Victor A. Fernandez C.". Below the signature is a printed name and title in blue ink: "Victor A. Fernandez C." followed by "JEFE PUESTO SALUD EL PEDREGAL".

B. Anexo N° 1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION- A PUESTO DE SALUD EL PEDREGAL

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO					JULIO					SEPTIEMBRE					
		10	12	14	16	18	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Tec. Enf. Victor Ali Fernandez Collado			x													
Designación de responsables por cada macro proceso	Tec. Enf. Victor Ali Fernandez Collado			x													
Presentación del plan a la Micro Red de Salud	Med. Joan Gamarra Yuca				x												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis del listado de estándares de acreditación	Tec. Enf. Victor Ali Fernandez Collado Med. Joan Gamarra Yuca						x										
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal	Med. Joan Gamarra Yuca						x										
MACROPROCESOS																	
Direccionamiento	Tec. Enf. Victor Ali Fernandez Collado															x	
Gestión de Recursos Humanos																x	
Gestión de medicamentos																	
Gestión de insumos y materiales																x	
Gestión de equipos e infraestructura																x	
Descontaminación, limpieza y esterilización																x	
Gestión de seguridad ante desastres																x	
Control de la gestión y prestación																x	
Atención ambulatoria	Med. Joan Gamarra Yuca															x	
Atención de emergencia																x	



Victor A. Fernandez C.
VICTOR A. FERNANDEZ C.
 JEFE PUESTO SALUD
 EL PEDREGAL

	Gestión de seguridad ante desastres	Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado	MAÑANA				Med. Joan Gamarra Yucre
Med. Joan Gamarra Yucre	Control de la gestión y prestación	Med. Joan Gamarra Yucre			MAÑANA		Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Atención ambulatoria	Med. Joan Gamarra Yucre	MAÑANA				Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Atención de emergencia	Med. Joan Gamarra Yucre		MAÑANA			Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Gestión de calidad	Med. Joan Gamarra Yucre			MAÑANA		Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Atención extramural	Med. Joan Gamarra Yucre			MAÑANA		Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Admisión y alta	Med. Joan Gamarra Yucre			MAÑANA		Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Referencia contrarreferencia	Med. Joan Gamarra Yucre		MAÑANA			Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Manejo de riesgo de atención	Med. Joan Gamarra Yucre	MAÑANA				Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Gestión de información	Lic. María Yucre Quispe		MAÑANA			Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
	Manejo del riesgo social	Lic. María Yucre Quispe			MAÑANA		Tec. Enf. Víctor Ali Fernandez Collado
Lic. Alejandra Lazo Escobedo	Procesamiento de datos	Lic. María Yucre Quispe				MAÑANA	Med. Joan Gamarra Yucre
	Análisis de resultados	Lic. María Yucre Quispe				MAÑANA	Med. Joan Gamarra Yucre

