



PERÚ

Ministerio
de Salud



RESOLUCIÓN JEFATURAL

RES. JEF. N.º 038 -2023-GRA-P/DIRSA-DE/RED.C.C.L.U. –MRC-CSC.

Corire, 25 de mayo del 2023

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 MICRORED CORIRE periodo 2023, 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 |
| • Med. José María Huarachi Villena | |
| • CD. Darwin Garate Comejo | |
| • Med. Mauricio Muñoz Llerena Corso | |
| • Lic. Isabel Pérez Talavera | |
| • Obs. Nieves Ancalla Aragón | |
| • QF. María Ledesma Llajaruma | |
| • TS. Yaritza Quispe Canaza | |
| • Blg. Fiorella Chelín Mogollón | |
| • Tec. Enf. Beatriz Quinta Castro | |
| • Tec. Enf. Sonia Medina Pacheco | |
| • Tec. Enf. Mariluz Apaza Estrada | |
| • Tec. Farm. Eduardo Goche Alpaca | |
| • Tec. Enf. Victor Collado Fernández | Evaluador Líder del P.S Pedregal |
| • Tec. Enf. Mary Figueroa Aguilar | 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. -----

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.



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



PERÚ

Ministerio
de Salud

RESOLUCIÓN JEFATURAL



RES. JEF. N.º 039-2023-GRA-P/DIRSA-DE/RED.C.C.L.U. –MRC-CSC.

Corire, 05 de junio del 2023

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 2023, 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 |
| • Med. José María Huarachi Villena | |
| • CD. Darwin Garate Cornejo | |
| • Tec. Enf. Víctor Collado Fernández | Evaluador Líder del P.S Pedregal |
| • Tec. Enf. Mary Figueroa Aguilar | 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 044-2023-GRA-P/DIRSA-DE/RED.C.C.L.U. –MRC-CSC.

Corire, 13 de junio del 2023

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 2023, 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**

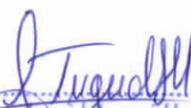
Artículo 2º.- El servidor en mención deberá proceder a efectuar la recepción del cargo correspondiente dentro del plazo que la normativa legal señala. -----

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




Lic. Negría 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



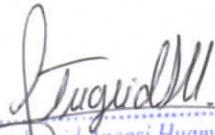
"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

CENTRO DE SALUD CORIRE

2023




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



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL CENTRO DE SALUD CORIRE 2023

I. INTRODUCCION

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 RM 456-2007/MINSA el 04 de junio del 2007, la Microred de Salud Corire realizara el proceso de autoevaluación que estará a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados y capacitados.

II. JUSTIFICACION

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 en 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 todo un equipo de trabajo.

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 áreas administrativas 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".
- RM. 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 EVALUACION

El equipo de auto evaluadores internos del Centro de Salud Corire utilizará 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 de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir, la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así como también se trata de observar al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir la 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.
- **Auditoria:** 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 empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de “categoría I-4”, que corresponde al Centro de Salud Corire.

VIII. 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				SETIEMBRE					
		13	25		04	14	25	30	20	22	24	26	28	
Reuniones del Equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Lic. David Claros Espada.	x												
Designación de responsables de cada proceso.	Med. José M. Huarachi Villena	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.	Lic. David Claros Espada.				x									
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal.	Lic. Ingrid Ancasi Huamán				x									
MACROPROCESOS														
Direccionamiento	Lic. Ingrid Ancasi Huamán								X	X	X	X		
Gestión de Recursos Humanos														
Gestión de calidad										X	X	X	X	
Manejo de riesgo de atención										X	X	X	X	
Gestión de seguridad ante desastres	Lic. David Claros Espada.								X	X	X	X		
Control de la Gestión y prestación									X	X	X	X		
Atención ambulatoria									X	X	X	X		
Atención Hospitalización									X	X	X	X		
Atención de Emergencia	CD Darwin Garate Cornejo								X	X	X	X		
Apoyo al diagnóstico y tratamiento									X	X	X	X		
Admisión y alta									X	X	X	X		
Desarrollo de servicios									X	X	X	X		
Gestión de medicamentos	Med. José María Huarachi Villena								X	X	X	X		
Gestión de información									X	X	X	X		
Descontaminación, limpieza y esterilización									X	X	X	X		
Manejo del riesgo social									X	X	X	X		
Gestión de insumos y materiales	Lic. Ingrid Ancasi Huamán								X	X	X	X		
Gestión de equipos e infraestructura									X	X	X	X		
Procesamiento de datos													X	
Análisis de resultados														X
Elaboración	Med. José María Huarachi Villena													X
Revisión y corrección del informe	Lic. David Claros Espada.													X
Entrega del informe técnico	Lic. Ingrid Ancasi Huamán													

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

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SETIEMBRE				RESPONSABLE EVALUADO
			20	22	24	26	
Lic. Ingrid Ancasi Huamán	Direccionamiento	Lic. David-Med. José	M				Lic. Ingrid Ancasi Huamán
	Gestión de Recursos Humanos	Lic. David-Med. José	M				Tec. Adm. Eduardo Goche Alpaca
	Gestión de calidad	Lic. David-Med. José	M				Med. José María Huarachi Villena
	Manejo de riesgo de atención	Lic. David-Med. José	M				Med. Mauricio Muñoz Llerena Corso
	Gestión de seguridad ante desastres	Lic. David-Med. José	M				Lie. Isabel Pérez Talavera
Lic. David Claros Espada	Control de la gestión y prestación	Med. José – CD. Darwin		M			Tec. Sonia Medina Pacheco
	Atención ambulatoria	Med. José – CD Darwin		M			Lie. Isabel Pérez Talavera
	Atención Extramural	Med. José – CD Darwin		M			Lie. Isabel Pérez Talavera
	Atención hospitalización	Med. José – CD Darwin		M			Obs. Nieves Ancalla Aragón
	Atención de emergencia	Med. José – CD Darwin		M			Med. Mauricio Muñoz Llerena Corso
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Lic. David-Lic. Ingrid			M		Biol. Fiorella Chelín Mogollón
	Admisión y alta	Lic. David-Lic. Ingrid			M		Tec. Enf. Beatriz Quinta Castro
	Desarrollo de servicios	Lic. David – Lic. Ingrid			M		Lic. David Claros Espada
	Gestión de medicamentos	Lic. David – Lic. Ingrid			M		QF. María Ledesma Llajaruma
Med. José María Huarachi Villena	Gestión de información	Lic. Ingrid-CD Darwin				M	Tec. Mariluz Apaza Estrada
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic. Ingrid-CD Darwin				M	Biol. Fiorella Chelín Mogollón
	Manejo del riesgo social	Lic. Ingrid-CD Darwin				M	Ts. Yaritza Quispe Canaza
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Ingrid-CD Darwin				M	Obs. Nieves Ancalla Aragón
	Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Ingrid-CD Darwin				M	Tec. Adm. Eduardo Goche Alpaca

Lic. DAVID CLAROS ESPADA
ENFERMERO
CEP 46102



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

**PUESTO DE SALUD TORAN
2023**


Katherine Usnaga Usnaga
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 095356



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL PUESTO DE SALUD TORAN 2023

I. INTRODUCCION

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 RM 456-2007/MINSA el 04 de junio del 2007, el Puesto de Salud Torán realizara el proceso de autoevaluación que estará a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados y capacitados.



II. JUSTIFICACION

Debido a que el Puesto de Salud Torán 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 en 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 todo un equipo de trabajo.

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 Puesto de Salud Torán 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 Puesto de Salud Torán, 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-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

La autoevaluación se realizará en los servicios asistenciales y áreas administrativas del el Puesto de Salud Torán

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".
- RM. 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 EVALUACION

El equipo de auto evaluadores internos del Puesto de Salud Torán utilizara 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 de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir, la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así como también se trata de observar al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir la 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.
- **Auditoria:** 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 empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de “categoría I-2”, que corresponde al Puesto de Salud Torán.



VIII. Anexo N° 1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – A P. S. TORAN

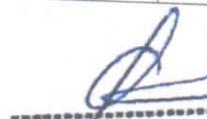
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO				JULIO				SETIEMBRE				
		13	25			03	12	23	28	18	20	22	24	26
Reuniones del Equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Tec. Mary Figueroa	x												
Designación de responsables de cada proceso.	Tec. Giannicarlo Velásquez	x												
Presentación del plan a la Red de Salud.	Med. José Huarachi	x												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis del listado de estándares.	Tec. Mary Figueroa					x								
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal.	Tec. Giannicarlo Velásquez					x								
MACROPROCESOS														
Direccionamiento										x	x	x	x	
Gestión de Recursos Humanos	Tec. Giannicarlo Velásquez									x	x	x	x	
Gestión de calidad	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Manejo de riesgo de atención	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Gestión de seguridad ante desastres										x	x	x	x	
Control de la Gestión y prestación										x	x	x	x	
Atención ambulatoria	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Atención Extramural	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Atención de Emergencia	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Admisión y alta	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Referencias y Contrareferencias	Tec. Mary Figueroa									x	x	x	x	
Gestión de medicamentos										x	x	x	x	
Gestión de información										x	x	x	x	
Descontaminación, limpieza y esterilización	Tec. Giannicarlo Velásquez									x	x	x	x	
Manejo del riesgo social	Tec. Giannicarlo Velásquez									x	x	x	x	
Gestión de insumos y materiales	Tec. Giannicarlo Velásquez									x	x	x	x	
Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Giannicarlo Velásquez									x	x	x	x	
Procesamiento de datos	Tec. Mary Figueroa													x
Análisis de resultados	Med. José Huarachi													x
Elaboración del Informe preliminar	Med. José Huarachi													x
Revisión y corrección del informe	Tec. Mary Figueroa													x
Entrega del informe técnico	Tec. Giannicarlo Velásquez													x


Lic. DAVID CLAROS ESPADA
ENFERMERO
CEP 45102



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION B-P.S. TORAN

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SETIEMBRE				RESPONSABLE EVALUADO
			18	20	22	24	
Tec. Giannicarlo Velásquez	Direccionamiento	Tec. Mary-Lic. Dajane	M				Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez G.
	Gestión de Recursos Humanos	Tec. Giannicarlo-Tec. Mary	M				Lic. Dajane Calla Alarcon
	Gestión de calidad	Med. José-Lic. Dajane	M				Med. Angel Condori
	Manejo de riesgo de atención	Med. José-Lic. Dajane	M				Med. Angel Condori
	Gestión de seguridad ante desastres	Tec. Giannicarlo - Tec. Marv	M				Lic. Dajane Calla Alarcon
Lic. Dajane Calla Alarcon	Control de la gestión y prestación	Tec. Mary - Lic. Dajane		M			Obst. SERUMS
	Atención ambulatoria	Tec. Giannicarlo - Tec. Mary		M			Lic. Dajane Calla Alarcon
	Atención Extramural	Tec. Mary - Lic. Dajane		M			Med. Angel Condori
	Atención de emergencia	Tec. Giannicarlo - Lic. Dajane		M			Med. Angel Condori
	Admisión y alta	Med. José - Lic. Dajane			M		Obst. Yuliana
	Referencias y Contrareferencias	Med. José-Lic. Dajane				M	Obst. SERUMS
	Gestión de Medicamentos	Tec. Mary - Lic. Dajane				M	Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez
Tec. Mary Figueroa	Gestión de la Información	Tec. Giannicarlo - Tec. Mary				M	Lic. Dajane Calla Alarcon
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Tec. Giannicarlo - Lic. Dajane				M	Tec. Enf. Mary Figueroa
	Manejo del riesgo social	Tec. Giannicarlo - Lic. Dajane				M	Tec. Enf. Mary Figueroa Aguilar
	Gestión de insumos y materiales	Tec. Mary - Lic. Dajane				M	Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez Gamero
	Gestión de Equipos e infraestructura	Tec. Mary - Lic. Dajane				M	Tec. Enf. Giannicarlo Velásquez


Lic. DAVID CLAROS ESPADA
ENFERMERO
CEP 45102

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

PLAN OPERATIVO ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD

PUESTO DE SALUD EL PEDREGAL

2023



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL PUESTO DE SALUD
EL PEDREGAL 2023

I. INTRODUCCION

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 RM 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.



Dra. Götter Beatriz Medina Chávez
CMP.: 98693



II. JUSTIFICACION

Debido a que el Puesto de Salud El Pedregal 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 en 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 todo un equipo de trabajo.

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 Puesto de Salud El Pedregal 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 Puesto de Salud El Pedregal, 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-2 del Puesto de Salud El Pedregal
- 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

La autoevaluación se realizará en los servicios asistenciales y áreas administrativas del el Puesto de Salud El Pedregal.

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".
- RM. 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 EVALUACION

El equipo de auto evaluadores internos del Puesto de Salud El Pedregal utilizará 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 de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir, la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así como también se trata de observar al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir la 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.
- **Auditoria:** 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 empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de “categoría I-2”, que corresponde al Puesto de Salud El Pedregal.



VIII. 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				SETIEMBRE				
		13	25			03	12	23	28	18	20	22	24	26
Reuniones del Equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Tec. Enf. Víctor Fernández Collado	x												
Designación de responsables de cada proceso.	Tec. Enf. Víctor Fernández Collado	x												
Presentación del plan a la Red de Salud.	Med. Gimena Medina Chavez	x												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis del listado de estándares.	Tec. Enf. Victor Fernandez Collado Med. Joan Gamarra Yucra					x								
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal.	Med. Gimena Medina Chavez					x								
MACROPROCESOS														
Direccionamiento	Tec. Enf. Victor Fernandez Collado Med. Gimena Medina Chavez									x	x	x	x	
Gestión de Recursos Humanos										x	x	x	x	
Gestión de calidad										x	x	x	x	
Manejo de riesgo de atención										x	x	x	x	
Gestión de seguridad ante desastres										x	x	x	x	
Control de la Gestión y prestación	Med. Gimena Medina Chávez									x	x	x	x	
Atención ambulatoria										x	x	x	x	
Atención Extramural										x	x	x	x	
Atención de Emergencia										x	x	x	x	
Admisión y alta										x	x	x	x	
Referencias y Contrareferencias										x	x	x	x	
Gestión de medicamentos										x	x	x	x	
Gestión de información										x	x	x	x	
Descontaminación, limpieza y esterilización										x	x	x	x	
Manejo del riesgo social										x	x	x	x	
Gestión de insumos y materiales	Lic. Kimberly Palomino Quispe Obst. Alejandra Lazo Escobedo									x	x	x	x	
Gestión de equipos e infraestructura										x	x	x	x	
Procesamiento de datos														x
Análisis de resultados														x
Elaboración del Informe preliminar														x
Revisión y corrección del informe	Med. Gimena Medina Chávez													x
Entrega del informe técnico														x


Lic. DAVID CLAROS ESPADA
 ENFERMERO
 CEP 45102



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION B- PUESTO DE SALUD EL PEDREGAL

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SETIEMBRE				RESPONSABLE EVALUADO
			18	20	22	24	
Tec. Enf. Víctor Fernández Collado	Direccionamiento	Tec. Enf. Víctor Fernández Collado	M				Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de Recursos Humanos	Tec. Enf. Víctor Fernández	M				Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de Medicamentos	Tec. Enf. Víctor Fernández	M				Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de insumos y materiales	Tec. Enf. Víctor Fernández	M				Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de Equipos e infraestructura	Tec. Enf. Víctor Fernández	M				Med. Gimena Medina Chávez
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Tec. Enf. Víctor Fernández	M				Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de seguridad ante desastres	Tec. Enf. Víctor Fernández	M				Med. Gimena Medina Chávez
Med. Gimena Medina Chávez	Control de la gestión y prestación	Med. Gimena Medina Chávez		M			Tec. Enf. Víctor Fernández
	Atención ambulatoria	Med. Gimena Medina Chávez		M			Tec. Enf. Víctor Fernández
	Atención de Emergencia	Med. Gimena Medina Chávez		M			Tec. Enf. Víctor Fernández
	Atención de Calidad	Med. Gimena Medina Chávez		M			Tec. Enf. Víctor Fernández
	Gestión Extramural	Med. Gimena Medina Chávez		M			Tec. Enf. Víctor Fernández
	Admisión y alta	Med. Gimena Medina Chávez			M		Tec. Enf. Víctor Fernández
	Referencias y Contrareferencias	Med. Gimena Medina Chávez				M	Tec. Enf. Víctor Fernández
	Manejo de riesgo de atención	Med. Gimena Medina Chávez				M	Tec. Enf. Víctor Fernández
Lic. Kimberly Palomino Quispe Obst. Alejandra Lazo Escobedo	Gestión de la Información	Lic. Kimberly Palomino Quispe				M	Med. Gimena Medina Chávez
	Manejo del riesgo social	Lic. Kimberly Palomino Quispe				M	Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Kimberly Palomino Quispe				M	Med. Gimena Medina Chávez
	Gestión de Equipos e infraestructura	Lic. Kimberly Palomino Quispe				M	Med. Gimena Medina Chávez


Lic. DAVID CLAROS ESPADA
ENFERMERO
CEP 45102



PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

**PLAN DE AUTOEVALUACION
PARA LA ACREDITACION DEL
PUESTO DE SALUD
ESCALERILLAS**

MC. DANIEL ALVARO TOTOCAYO

2023




Dr. Daniel Alvaro Totocayo
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 102299

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

I. INTRODUCCION

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 RM 456-2007/MINSA el 04 de junio del 2007, el Puesto de Salud Escalerillas realizará el proceso de autoevaluación que estará a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados y capacitados.



II. JUSTIFICACION

Debido a que el Puesto de Salud Escalerillas 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 en 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 todo un equipo de trabajo.

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 Puesto de Salud Escalerillas 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 Puesto de Salud Escalerillas, 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 1-2 del Puesto de Salud Escalerillas.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- Promover una cultura de calidad en el Puesto de Salud Escalerillas a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE

La autoevaluación se realizará en los servicios asistenciales y áreas administrativas del el Puesto de Salud Escalerillas.

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".
- RM. 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 EVALUACION

El equipo de auto evaluadores internos del Puesto de Salud Escalerillas utilizará 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 de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir, la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas, así como también se trata de observar al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir la 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.
- **Auditoria:** 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 empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de “categoría I-2”, que corresponde al Puesto de Salud Escalerillas.



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

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - A

PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO			JULIO				SETIEMBRE					
		21	25		03	12	23	28	18	20	22	24	26	
Reuniones del Equipo evaluador para la elaboración del plan y designación de colaboradores	Obst. Olga Belzu Valdivia	x												
Designación de responsables de cada proceso.	Tec. Enf. Judith Mamani Pari	x												
Presentación del plan a la Red de Salud.	Med. Daniel Alvaro Totocayo	x												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis del listado de estándares.	Obst. Olga Belzu Valdivia					x								
Presentación del Plan a jefes de servicio y personal.	Lic. Lupe Benavente Martínez					x								
MACROPROCESOS														
Direccionamiento	Lic. Lupe Benavente Martínez								X	X	X	X		
Gestión de Recursos Humanos									X	X	X	X		
Gestión de calidad										X	X	X	X	
Manejo de riesgo de atención										X	X	X	X	
Gestión de seguridad ante desastres										X	X	X	X	
Control de la Gestión y prestación										X	X	X	X	
Atención ambulatoria	Obst. Olga Belzu Valdivia								X	X	X	X		
Atención Extramural									X	X	X	X		
Atención de Emergencia										X	X	X	X	
Admisión y alta										X	X	X	X	
Referencias y Contrarreferencias										X	X	X	X	
Gestión de medicamentos	Tec. Enf. Judith Mamani Pari								X	X	X	X		
Gestión de información									X	X	X	X		
Descontaminación, limpieza y esterilización										X	X	X	X	
Manejo del riesgo social										X	X	X	X	
Gestión de insumos y materiales										X	X	X	X	
Gestión de equipos e infraestructura										X	X	X	X	
Procesamiento de datos	Obst. Olga Belzu Valdivia													X
Análisis de resultados	Tec. Enf. Judith Mamani Pari													X
Elaboración del Informe preliminar	Obst. Verónica Belzu Valdivia													X
Revisión y corrección del informe	Lic. Lupe Benavente Martínez													X
Entrega del informe técnico	Obst. Verónica Belzu Valdivia													X



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

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	SETIEMBRE				RESPONSABLE EVALUADO
			18	20	22	24	
Lic. Ruth Lupe Benavente Martínez	Direccionamiento	Obst. Veronica - Tec. Enf. Judith	M				Lic. Ruth Benavente Martínez
	Gestión de Recursos Humanos	Obst. Veronica - Tec. Enf. Judith	M				Lic. Ruth Benavente Martínez
	Gestión de calidad	Obst. Veronica - Tec. Enf. Judith	M				Lic. Ruth Benavente Martínez
	Manejo de riesgo de atención	Obst. Veronica - Tec. Enf. Judith	M				Med. Daniel Alvaro Totocayo
	Gestión de seguridad ante desastres	Obst. Veronica - Tec. Enf. Judith	M				Lic. Ruth Benavente Martínez
Obst. Olga Verónica Belzu Valdivia	Control de la gestión y prestación	Lic. Ruth - Tec. Enf. Judith		M			Obst. Verónica Belzu Valdivia
	Atención ambulatoria	Lic. Ruth - Tec. Enf. Judith		M			Obst. Verónica Belzu Valdivia
	Atención Extramural	Lic. Ruth - Tec. Enf. Judith					Med. Daniel Alvaro Totocayo
	Atención de emergencia	Lic. Ruth - Tec. Enf. Judith		M			Med. Daniel Alvaro Totocayo
	Admisión y alta	Lic. Ruth - Tec. Enf. Judith			M		Obst. Verónica Belzu Valdivia
	Referencias y Contrareferencias	Lic. Ruth - Tec. Enf. Judith				M	Obst. Verónica Belzu Valdivia
Tec. Enf Judith Magdalena Mamani Pari	Gestión de Medicamentos	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M	Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Gestión de la Información	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M	Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M	Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Manejo del riesgo social	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M	Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M	Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Gestión de Equipos e infraestructura	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M	Tec. Enf. Judith Mamani Pari


 DAVID CARRUS ESPADA
 ENFERMERO
 CEP 45102