



PERU

Ministerio
de Salud**RESOLUCION JEFATURAL N° 063- 2024-GRA-GRSA-REDCCU-MRSC-J**

Corire, 12 de Abril del 2024

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° 21292, 22867 y en uso de las facultades y atribuciones conferidas por Resolución Directoral N° 019-2024/RSAPLAO/GRA-DIREC-OA-RR.HH, que delega funciones sobre acciones de personal;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR el plan de Autoevaluación, de los Establecimientos de la Micro Red de Salud Corire- periodo 2024, 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. _____

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD C.C.U.

.....
Lic. David Claros Espada
JEFE DE MICRO RED CORIRE
C.E.P. 45102



PERÚ

Ministerio
de Salud



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

CENTRO DE SALUD CORIRE

2024



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED CASTILLA CONDE SUYOS LA UNION
MICRO RED CORIRE G.S. CORIRE
[Signature]
INGRID M. ANCASI HUAMAN
LICENCIADA EN ENFERMERIA
C.E.P. 41794

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL CENTRO SALUD CORIRE 2024

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 Centro de Salud de Corire realizará el proceso de autoevaluación que estará a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados y capacitados.

II.-JUSTIFICACION

Debido a que el Centro de Salud de 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 de 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 de 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 Centro de Salud de Corire.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- Promover una cultura de calidad en el Centro de Salud de Corire a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE

La autoevaluación interna se realizará en los servicios asistenciales y áreas administrativas del Centro de Salud de 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.
- 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 Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".

- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica 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.
- Mediante Resolución Ministerial N°833-2020/MINSA. Plan Multisectorial al 2030. De la política nacional multisectorial de salud “Perú, país saludable”.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 205-2022-GRA/GR, Plan Estratégico Institucional 2020-2025 Gobierno Regional Arequipa.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA — Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 - Perú, País Saludable.
- Resolución Ministerial N° 110-2022-MINAM, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2022-2026.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION

Instrumentos de Evaluación

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de “categoría I-3”, que corresponde al Centro de Salud de Corire.

Instrumentos para la Acreditación:

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para servicios médicos de apoyo.

3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cualesquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.
6. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

VII. RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACION Y ACREDITACION 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. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
12. Admisión y alta	4	16
13. Referencia y contrarreferencia	4	13
14. Gestión de medicamentos	3	15
15. Gestión de la información	3	14
16. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
17. Manejo del riesgo social	2	6
18. Gestión de insumos y materiales	2	8
19. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
TOTAL	75	312

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION AL CENTRO DE SALUD DE CORIRE

[illegible]

Elaboración del Informe preliminar	-Lic. Ingrid Ancasi Huaman -Equipos de Evaluadores Internos																	X
Revisión y corrección del informe	-Lic. Ingrid Ancasi Huaman -Equipos de Evaluadores Internos																	X
Remision informe a jefatura	Lic. Ingrid Ancasi Huaman																	X

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

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	JULIO			AGO STO				RESPONSABLE EVALUADO
			15	23	28	18	20	23	24	
Lic. Lizbeth Aguilar Sanchez	Direccionamiento	Med. Rodrigo B. Lic. Ingrid Ancasi Huaman	M							Lic. David Claros Espada
	Gestión de Recursos Humanos	Med. Rodrigo B. Ingrid Ancasi Huaman			M					Tec. Adm. Eduardo Goche Alpaca
	Gestión de calidad	Med. Rodrigo B.			M					Obst. Nieves Ancalla Aragon
	Manejo de riego de atención	Med. Rodrigo.B Ingrid Ancasi H.				M				Tec. Sonia Medina Pacheco
	Gestión de seguridad ante desastres	Med. Rodrigo B. Ingrid Ancasi H.	M							CD. Darwin Garate C.
	Control de la gestión y prestación	Med. Rodrigo B. CD. Darwin				M				CD. Darwin Garate C.
Lic. Lizbeth Aguilar Sanchez	Atención ambulatoria	Med. Rodrigo B. CD. Darwin				M				Lic. Ingrid Ancasi H.
	Atención Extramural	Med. RodrigoBL. CD. Darwin				M				Obs. Nieves Ancalla A.
	Atención de emergencia	Med. Rodrigo B. CD. Darwin				M				Obs. Nieves Ancalla A.
	Admisión y alta	Lic. Ingrid Ancasi Huamán	M							Tec. Giannicalo V.
	Desarrollo de servicios	Lic. David C. Lic. Ingrid Ancasi				M				Obs. Nieves Ancalla A.
Med. Rodrigo Barrera Linares	Gestión de Medicamentos	Lic. David C. Lic. Lizbeth A.				M				QF. Brayan Olivos T.
	Gestión de la Información	Lic. Lizbeth A. CD Darwin				M				Tec. Giannicalo V.
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic. David C. CD Darwin		M						TS. Indira Diaz Pajuelo
	Manejo del riesgo social	Lic. David C. CD Darwin				M				Ts. Indira Diaz
	Gestión de insumos y materiales	Lic. David C. CD Darwin				M				QF. Brayan Olivos T.
	Gestión de Equipos e infraestructura	Lic. David C. CD Darwin		M						T QF. Brayan Olivos T.

Evaluador Líder: Lic. Ingrid Ancasi Huamán

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA CREDITACION C.S. CORIRE

- Lic. David Claros Espada Jefe de la MR Corire
- Lic. Ingrid Ancasi Huaman Evaluador Líder
- Med. Rodrigo Barrera Linares
- CD Darwin Garate Cornejo
- Obst. Nieves Ancalla Aragon
- QF. Bryan Olivos Terrones
- TS. Indira Diaz Pajuelo
- Blg. Fiorella Chelin Mogollon
- Tec. Enf. Sonia Medina Pacheco
- Tec. Enf. Velasquez Gamero Giannicarlo
- Tec. Far. Eduardo Ernesto Goche Alpaca
-

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

PUESTO DE SALUD ESCALERILLAS

2024




R. Lupe Benavente Martínez
ENFERMERA
C.E.P. 17291

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.

II. 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 I-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.

I. 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 Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica 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.
- Mediante Resolución Ministerial N°833-2020/MINSA. Plan Multisectorial al 2030. De la política nacional multisectorial de salud "Perú, país saludable".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 205-2022-GRA/GR, Plan Estratégico Institucional 2020-2025 Gobierno Regional Arequipa.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA

III. ALCANCE

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

IV. METODOLOGIA DE EVALUACION

Instrumentos de Evaluación

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación de "categoría I-3", que corresponde al Centro de Salud de Corire.

Instrumentos para la Acreditación:

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para servicios médicos de apoyo.

3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cualesquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.
6. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

V. RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACION Y ACREDITACION 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. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
12. Admisión y alta	4	16
13. Referencia y contrarreferencia	4	13
14. Gestión de medicamentos	3	15
15. Gestión de la información	3	14
16. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
17. Manejo del riesgo social	2	6
18. Gestión de insumos y materiales	2	8
19. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
TOTAL	75	312

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

[illegible]

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

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	JULIO			AGOSTO				RESPONSABLE EVALUADO
			15	23	28	1 8	20	23	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. SERUM
	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				M				Med. SERUM
	Atención de emergencia	Lic. Ruth – Tec. Enf. Judith				M				Med. SERUM
	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				Blg. Fiorella Chelin Mogollon
	Gestión de la Información	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M				Blg. Fiorella Chelin Mogollon
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic. Ruth - Obst. Verónica		M						Blg. Fiorella Chelin Mogollon
	Manejo del riesgo social	Lic. Ruth - Obst. Verónica				M				Blg. Fiorella Chelin Mogollon
	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

VIII. COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA CREDITACION

- Lic. Lupe Benavente Martínez Evaluador Líder
- Obst. Verónica Belzu Valdivia
- Tec. Enf. Judith Mamani Pari
- Blg. Fiorella Chelin Mogollon

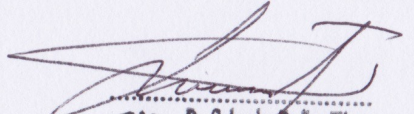



R. Lupe Benavente Martinez
ENFERMERA
C.E.P. 17291

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL

PUESTO DE SALUD EL PEDREGAL

2024


 **Dr. Salvador Treles Tijero**
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 102772

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 Pedregal 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 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 El Pedregal 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 Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica 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.
- Mediante *Resolución* Ministerial N°833-2020/MINSA. Plan Multisectorial al 2030. De la política nacional multisectorial de salud "Perú, país saludable".
- *Resolución* Ejecutiva Regional N° 205-2022-GRA/GR, Plan Estratégico Institucional 2020-2025 Gobierno Regional Arequipa.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA — Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 - Perú, País Saludable.
- Resolución Ministerial N° 110-2022-MINAM, se aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2022-2026.
- *Resolución Ministerial* N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del *Evaluador* para la Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION

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.

Instrumentos para la Acreditación:

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para servicios médicos de apoyo.
3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.
4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cualesquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.
6. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

VII. RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACION Y ACREDITACION 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. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
12. Admisión y alta	4	16
13. Referencia y contrarreferencia	4	13
14. Gestión de medicamentos	3	15
15. Gestión de la información	3	14
16. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
17. Manejo del riesgo social	2	6
18. Gestión de insumos y materiales	2	8
19. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
TOTAL	75	312

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

[illegible]

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

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	JULIO			AGOSTO				RESPONSABLE EVALUADO
			15	23	28	18	20	23	24	
Lic.Mamani Livisi Masiel	Direccionamiento	Obst. Paredes Aquispe Pamela Tec. Enf. Heredia Ubaldina	M							Lic.Maman iLivisi Masiel
	Gestión de Recursos Humanos	Obst. Paredes Aquispe Pamela Tec. Enf. Heredia Ubaldina			M					Lic.Maman iLivisi Masiel
	Gestión de calidad	Obst. Paredes Aquispe Pamela Tec. Enf. Heredia Ubaldina			M					Lic.Maman iLivisi Masiel
	Manejo de riesgo de atención	Obst. Paredes Aquispe Pamela Tec. Enf. Heredia Ubaldina					M			Med. SERUM
	Gestión de seguridad ante desastres	Obst. Paredes Aquispe Pamela Tec. Enf. Heredia Ubaldina	M							Lic.Maman iLivisi Masiel
Obst. Paredes Aquispe Pamela	Control de la gestión y prestación	Lic.Maman iLivisi Masiel Tec. Enf. Heredia Ubaldina					M			Obst. Paredes Aquispe Pamela
	Atención ambulatoria	Lic.Maman iLivisi Masiel Tec. Enf. Heredia Ubaldina					M			Obst. Paredes Aquispe Pamela
	Atención Extramural	Lic.Maman iLivisi Masiel Tec. Enf. Heredia Ubaldina					M			Med. SERUM
	Atención de emergencia	Lic.Maman iLivisi Masiel					M			Med. SERUM
	Admisión y alta	Lic.Maman iLivisi Masiel	M							Tec. far. Eduardo Goche
	Referencias y Contrareferencias	Lic.Maman iLivisi Masiel Tec. Enf. Heredia Ubaldina					M			Tec. far. Eduardo Goche
Tec. Enf. Heredia Ubaldina	Gestión de Medicamentos	Lic.Maman iLivisi Masiel Obst. Paredes Aquispe Pamela					M			Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Gestión de la Información	Lic.Maman iLivisi Masiel Obst. Paredes Aquispe Pamela					M			Tec. Enf Judith Mamani Pari
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Lic.Maman iLivisi Masiel Obst. Paredes Aquispe Pamela			M					Tec. Enf Judith Mamani Pari
	Manejo del riesgo social	Lic.Maman iLivisi Masiel Obst. Paredes Aquispe Pamela					M			Tec. Enf Judith Mamani Pari
	Gestión de insumos y materiales	Lic.Maman iLivisi Masiel Obst. Paredes Aquispe Pamela					M			Tec. Enf. Judith Mamani Pari
	Gestión de Equipos e infraestructura	Lic.Maman iLivisi Masiel Obst. Paredes Aquispe Pamela				M				Tec. Enf Judith Mamani Pari

COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA CREDITACION

- LIC.ENF. MAMANI LIVISI MASIEL YAMELY Evaluador líder
- OBST. PAREDES AQUISE PAMELA LUCIA
- TEC.ENF. HEREDIA SANCHEZ UBALDINA DORIS
- TEC. FAR. EDUARDO ERNESTO GOCHE ALPACA



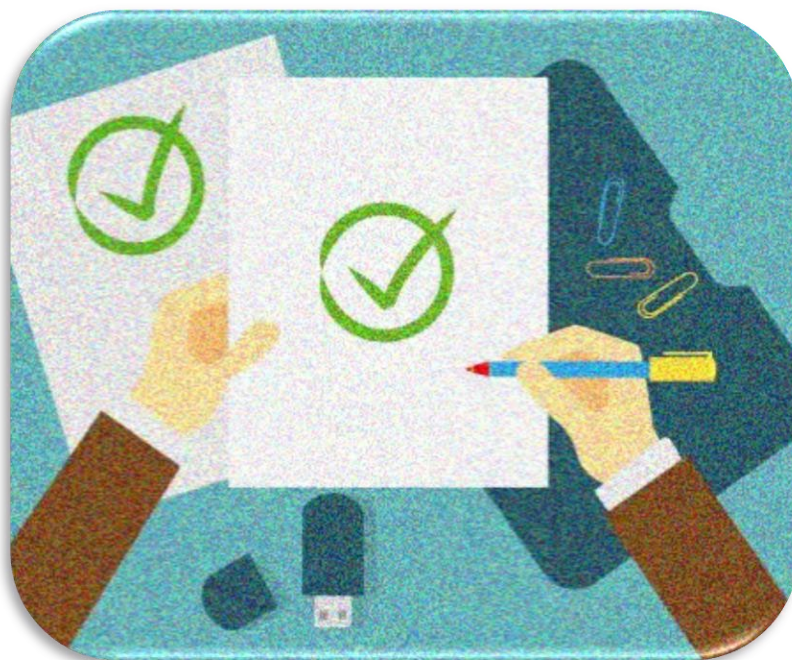
Dr. Salvador Trelles Tijero
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 102772



**RED DE SALUD CASTILLA CONDESUYOS LA
UNION**

MICRORED DE CALIDAD CORIRE

P.S. TORAN



**PLAN OPERATIVO ANUAL DE ACREDITACION PARA LA
GESTION DE CALIDAD**

AREQUIPA, 2024

PUESTO DE SALUD TORAN
Mary Nelly Figuerola Aguiar
Mary Nelly Figuerola Aguiar
TECNICA EN ENFERMERIA
DNI 30854128



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL PUESTO DE SALUD DE TORAN I-2

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 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 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

- a. 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.
- b. Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- c. Promover una cultura de calidad en el Puesto de Salud Torán a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. AMBITO DE APLICACION

La autoevaluación se realizará en los servicios asistenciales y áreas administrativos 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 Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050.MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica 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.
- Mediante *Resolución* Ministerial N°833-2020/MINSA. Plan Multisectorial al 2030. De la política nacional multisectorial de salud "Perú, país saludable".
- *Resolución* Ejecutiva Regional N° 205-2022-GRA/GR, Plan Estratégico Institucional 2020-2025 Gobierno Regional Arequipa.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION

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.

Instrumentos para la Acreditación:

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para servicios médicos de apoyo.
3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de



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

4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cualesquiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.
6. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.



VII. RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD TORAN

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 emergencias	3	14
10. Admisión y alta	4	16
11. Referencia y contrarreferencia	4	13
12. Gestión de medicamentos	3	15
13. Gestión de la información	3	14
14. Decontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
15. Manejo del riesgo social	2	6
16. Gestión de insumos y materiales	2	8
17. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
TOTAL	57	275

VIII . ANEXO N° 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - AL PUESTO DE SALUD TORAN

[illegible]



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN B CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - AL PUESTO DE SALUD TORAN

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADOR INTERNO	JULIO			AGOSTO				RESPONSABLE EVALUADO
				23	28	18	20	23	24	
Tec. Enf. Mariluz Apaza Estrada	Direccionamiento	Tec. Mary F. Enf. Serums.	M							Tec. Mariluz Apaza Estrada
	Gestión de Recursos Humanos	Tec. Mary F. Tec. Mariluz A.			M					Lic. Enf. Serums
	Gestión de calidad	MEDICO SERUM			M					MEDICO SERUM
	Manejo de riesgo de atención	MEDICO SERUM ENFERMERA SERUM				M				MEDICO SERUM
	Gestión de seguridad ante desastres	Tec. Mariluz A. Enfermera Serum	M							ENFERMERA SERUM
Tec. Mary Figueroa Aguilar	Control de la gestión y prestación	Enfermera Serum				M				OBSTETRA SERUM
	Atención ambulatoria	Tec. Mariluz A. Tec. Mary F.				M				ENFERMERA SERUM
	Atención Extramural	Enfermera Serums				M				Med. SERUM
	Atención de emergencia	Tec. Mariluz A. Enfermera Serum				M				Med. SERUM
	Admisión y alta	Med. Serum Enf. Serum	M							OBSTETRA SERUM
	Referencias y Contrareferencias	Med. Serum Enf. Serum				M				OBSTETRA SERUM
Tec. Mariluz Apaza Estrada	Gestión de Medicamentos	Obst. SERUM Enf. serum				M			M	Tec. Mariluz Apaza Estrada
	Gestión de la Información	Obst. SERUM Tec. Mary F.				M			M	Tec. Enf Mary Figueroa A.
	Descontaminación, limpieza y esterilización	Obst. SERUM Tec. Mary F.		M					M	Tec. Mariluz Apaza Estrada
	Manejo del riesgo social	Obst. SERUM Tec. Mary F.				M			M	Tec. Enf Mary Figueroa A.
	Gestión de insumos y materiales	Obst. SERUM Tec. Mary F.				M			M	Tec. Mariluz Apaza Estrada
	Gestión de Equipos e infraestructura	Tec. Mary F.		M					M	Tec. Enf Mary Figueroa A.

- **Evaluador Líder:** Tec. Enf Mary Figueroa A.



COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS PARA LA CREDITACION

- Tec. Enf Mary Figueroa A. Evaluador Líder
- ENFERMERA SERUM
- OBSTETRA SERUM
- Tec. Mariluz Apaza Estrada
- TS. Indira Diaz Pajuelo

PUESTO DE SALUD 101111
Mary Nelly Figueroa
Mary Nelly Figueroa Aguilar
TECNICA EN ENFERMERIA
DNI 30854128

