Gobierno Regional de Ica
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA

Resolución Directoral

N° 431-2022-UE402SN/UGRH

Nazca, 29 de Noviembre del 2022

VISTO:

El MEMORANDO N° 1334-2022-DIRESA-ICA/HAN-DE, de fecha 29 de noviembre de 2022; la NOTA N° 1134-2022-GORE-ICA-DIRESA/HAN-/OGRH, de fecha 28 de noviembre del 2022, la NOTA N° 0440-2022-GORE-ICA-DIRESA/U.E.402SN-U.PE, de fecha 28 de noviembre del 2022 y la NOTA N° 235-2022-GORE-DIRESA-ICA/UE402SN/HRCRN/UGCS, de fecha 17 de noviembre de 2022;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio del 2007, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la finalidad de *"Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud con el objetivo de *"Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la Seguridad del Paciente"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como finalidad de *"Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenado de producción normativa de la función de regulación que cumple como Auditor Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales"*;

Que, mediante Memorando N° 1334-2022-DIRESA-ICA/HAN-DE, de fecha 29 de noviembre de 2022; la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar el acto resolutivo de la aprobación del Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Centro de Salud de Changuillo de la Unidad Ejecutora 402 Salud Nasca;

Que, mediante Nota N° 235-2022-GORE-DIRESA-ICA/UE402SN/HRCRN/UGCS, de fecha 17 de noviembre del 2022, la Coordinadora de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud presenta el **Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Centro de Salud de Changuillo,** cuyo objetivo es desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación del **Centro de Salud de Changuillo**;

Que, mediante Nota N° 0440-2022-GORE-ICA-DIRESA/U.E.402SN-U.PE, de fecha 28 de noviembre del 2022; la Unidad de Planeamiento Estratégico, sostiene opinión favorable para la aprobación del **Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Centro de Salud de Changuillo** de la Unidad Ejecutora 402 Salud Nasca; la cual permitirá: Garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que el **Centro de Salud de Changuillo** tiene capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación del establecimiento de

impulsado por CamScanner

salud y servicios médicos de apoyo; por lo que, recomiendan que deberá ser aprobado mediante resolución directoral; asimismo, se socialice a todos los órganos involucrados, y publicarlo en la página web de la institución;

Que, el **Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Centro de Salud de Changuillo**, tiene por objetivo general: Desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación del **Centro de Salud de Changuillo**.

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Área de Calidad del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola, aprobando el **Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Centro de Salud de Changuillo** de la Unidad Ejecutora 402 Salud Nasca;

Estando a lo informado a la Unidad de Gestión de Recursos Humanos del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca;

Con la opinión favorable de la Dirección Administrativa del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca; y

Con aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca;

En uso de las facultades conferidas en la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y con las atribuciones conferidas a los Gobiernos Regionales por la Ley N° 27867 Ley de Gobiernos Regional y su modificatoria Ley N° 27902.

SE RESUELVE:

Artículo 1°. – APROBAR el **Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Centro de Salud de Changuillo** de la Unidad Ejecutora 402 Salud Nasca, por las consideraciones expuestas en la presente resolución, el mismo que en anexo adjunto quince (15) folios y que forma parte integrante de la presente Resolución. ----------

Artículo 2°. – Los gastos que ocasione el presente plan estarán sujetos a disponibilidad presupuestal ----------

Artículo 3°. – ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud de la Unidad Ejecutora 402 Salud Nasca-Hospital Ricardo Cruzado Rivarola, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado plan. ----------

Artículo 4°. – DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal Web Institucional del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola. ----------

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE,

CDM/T/DE-UE402SN
MET/DADM
JMTG/UGRH

DISTRIBUCIÓN:
( ) Dirección Administrativa
( ) Asesoría Legal
( ) Gestión de RRHH
( ) Interesados
( ) Legajo
( ) Archivo

MINISTERIO DE SALUD
DIRESA IV REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD EJECUTORA 402 SALUD NASCA

M.C. Cesar David Mancebogo Tetocaya
DIRECTOR EJECUTIVO

impulsado por CamScanner

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

CENTRO DE SALUD DE CHANGUILLO

NASCA-2022

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA
PATRICIA RAMIREZ CORDOVA
V°B°

impulsado por CamScanner

INTRODUCCION

La salud regida a través de Políticas establecidas mediante leyes, decretos, resoluciones; con el propósito de tener el mejor acceso de la población de recibir una Atención Integral de calidad, estableciendo prioridad en los grupos etarios más vulnerables de la población, a los cuales brindarles los Paquetes de Servicios de salud, para evidenciar una mejora en su calidad de vida y proponer las pautas de prevención, promoción y difusión de todos los beneficios otorgados a los usuarios. Establecida la mejora de la calidad de los servicios de salud en los establecimientos de primer nivel de atención, se tendrá garantizado el mejoramiento de la calidad de vida en varios aspectos que circundan una vida saludable, todo esto que involucra varios aspectos como el saneamiento ambiental, buena alimentación y nutrición, establecer una buena salud sexual y reproductiva, manejar bien el ejercicio físico, y mantener una buena salud mental; todo correlacionado a sus controles respectivos ofrecidos por los diferentes servicios de salud de los establecimiento de primer nivel. Además debe estar bien establecido los Sistemas de Gestión de la Calidad de Salud, ante las instancias superiores, para así lograr la propuesta técnica de acreditación de el establecimiento de salud Centro de Salud Changuillo con nivel 1 – 3 , regidos por estándares que eleven y promuevan una mejora continua de la calidad de atención.

U.E. 402 SALUD - NASCA V°B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Abog. Jorge Martin Tipian Cornejo

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO LIC. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

I. JUSTIFICACION

El plan de autoevaluación para la acreditación, enmarcado en la gestión de la calidad del Centro de Salud de Changuillo, como órgano encargado de implementar el Sistema de gestión de la calidad aprobado por el ministerio de salud con RD N° 519-23015/MINSA-DGSP "NORMA TECNIICA DE SALUD PARA LA ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO" y NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02.

La autoevaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud, que los prestadores de cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad contribuyendo así a mitigar las faltas atribuibles a los procesos de los servicios de salud que permitan una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

El presente plan tiene el objetivo guiar el desarrollo del mismo, y según los pasos establecidos en la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA,, Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

II. FINALIDAD

Contribuir y garantizar que el Centro de Salud de Changuillo brinde las prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluacion para la acreditación del C.S. DE Changuillo de Nasca.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA V°B° PATRICIA RAMIREZ CORDOVA COORD. UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

impulsado por CamScanner

-Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de la Autoevaluación para la acreditación del C.S. De Changuillo.

-Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macro procesos de acreditación del C.S. De Changuillo.

-Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de Autoevaluación .

-Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de Autoevaluación.

IV. ALCANCE

El presente plan es de conocimiento y cumplimiento obligatorio por el equipo de acreditación, evaluadores internos y unidades de organización del C.S. De Changuillo .

V. BASE LEGAL

1.-Ley No 26842 –Ley general de la salud y ssu modificatoria Ley No 27604 –Ley que modifica la ley general de salud No 26842,respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención medica en casos de emergencias y partos.

2.-Ley No 29344 – Ley Marco de aseguramiento Universal en Salud.

3.- Ley No 29414 –Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

4.-Decreto Supremo No 013-2006-SA, QUE AAPRUEBA EL Reglamento de los Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

5.-Decreto Supremo No 027-2015-SA, que aprueba el reglamento de la Ley No 29414-LEY que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

6.-Decreto Supremo No 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud – IAFAS, instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS y unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud –UGIPRES.

7.-Resolucion Ministerial No 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD.

8.-Resolucion Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS No 050-MINSA/DGSP-V.02

NORMA TECNICA DE LA SALUD PARA LA ACREDITACION DE ESTAABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDIVOS DE APOYO.

9.-Resolucion Ministerial No 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS No 072-2008/MINSA, NORMA TECNICA DE SALUD DE LA UNDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE PATOLOGIA CLINICA.

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Abgo. Jorge Martin Tipacti Cerdeña

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO LIC. MIRELLE ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA PATRICIA RAMIREZ CORDOVA V°B° COORDINADOR DE GESTION DE CALIDAD

impulsado por CamScanner

10.-Resolucion Ministerial No 270-2009/MINSA, que aprueba la guía técnica del evaluador para acreditación de establecimientos d salud y servicios médicos de apoyo.

11.-Resolucion Ministerial No 727-2009-MINSA, que aprueba la política nacional de calidad en salud.

12,-Resolucion Ministerial No 527-2011/MINSA, que aprueba la guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo.

13.-Resolucion Ministerial No 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS No 021 MINSA/DGSP-V.03 Norma técnica de salud CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD.

14.-Resolucion Ministerial No 095-2012/MINSA, que aprueba la guía técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicacion de técnicas y herramientas para gestión de la calidad.

15.-Resolucion Ministerial No 076-2014/MINSA, que aprueba la guía tecnica para la categorización de stablecimientos del sector salud.

16.-Resolucion Ministerio No 168-2015/MINSA, que aprueba el documento técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a laa atención de la salud.

17.-Resolucion Ministerial No 302-2015/MINSA, que aprueba la norma técnica de salud para la elaboración y uso de guias de practicas clinicaas del ministerio de salud.

18.-Resolucion Ministerial No 414-2015/MINSA , que aprueba el documento técnico: METODOLOGIA PARA LA ELEBORACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA.

19.-Resolucion Ministerial No 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa No 245-OGPPMINSA, LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA GESTION POR PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN EL MINISTERIO DE SALUD.

20.-Resolucion Ministerial No214-2018/MINSA, que aprueba la NTS No 139-MINSA/2018/DGAIN: NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA GESTION DE LA HISTORIA CLINICA.

21.-Resolucion Ministerial No 826-2021/MINSA, que aprueba las NORMAS PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de autoevaluación, es de cumplimiento obligatorio para todos los departamentos asistenciales y administrativos, así como también de las unidades productoras de servicios de salud del Centro de Salud de Changuillo que se encuentren involucradas en los procesos de atención de usuarios.

VII. DEFINICIONES OPERACIONALES

Acreditacion .- Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del establecimiento prestador de servicios de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la

impulsado por CamScanner

salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo; la condición de acreditado se otorga según norma vigente.

Autoevaluación.- Fase inicial del proceso de supervisión integral, en la cual el equipo de gestión y técnico de las Direcciones de salud y Direcciones Regionales de Salud aplican el instrumento de supervisión integral de manera objetiva, al final de cual determina el promedio alcanzado por cada estándar y su respectiva calificación.

Asistencia Tecnica.- Es un proceso interactivo mediante la cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud.

Analisis.- Es el proceso orientado a identificar las causas de un problema, mediante la recolección de datos y la interpretación de los mismos.

Estandarizar.- Acción realizada para ajustar los conceptos y métodos disponibles, a un modelo, norma o patrón que sirve como referencia.

Mejora Continua.- Procesos interrumpido de cambio, con base en un cicllo que comprende 4 fases : planificar, hacer, verificar y actuar.

Proceso.- Conjunto de etapas sucesivas de una operación (asistencial, administrativa, etc) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Problema.- Situacion o condición que se constituye como una debilidad o amenaza que debe mejorarse.

Calidad.- Conjunto de cracteristicas que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

Calidad de la Atencion en Salud.- Es el nivel de logro de las metas intrínsecas del sistema de salud par el mejoramiento y en respuesta a las legitimas expectativas de la población.

Calidad de la Atencion Medica.- Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología medica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, por consiguiente, es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio mas favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

Usuario.- Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.

VIII. METODOLOGIA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION

8.1. RECURSOS E INSTRUMENTOS

. Norma Tecnica N° 050-MINSA/DGSP-SP-V.02 Norma Tecnica de Salud para la Acreditacion de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

impulsado por CamScanner

. Listado de estándares de acreditación categoría I-3

N°	MACROPROCESOS	ESTANDARES	CRiTERIOS DE EVALUACION
1	Direccionamiento	02	11
2	Gestion de Recursos Humanos	04	08
3	Gestion de la Calidad	03	22
4	Manejo de Riesgos de Atencion	03	19
5	Emergenciaas y Desastres	03	15
6	Control de la gestión y prestacion	02	09
7	Atencion ambulatoria	04	16
8	Atencion extramural	03	10
9	Atencion de hospitalizacion	00	00
10	Atencion de Emergencias	03	11
11	Atencion Quirurgica	00	00
12	Docencia e investigacion	00	00
13	Apoyo al Diagnostico y Trtamiento	03	06
14	Admision y Alta	01	04
15	Referencia y Contrareferencia	04	10
16	Gestion de medicamentos	02	08
17	Gestion de la informacion	03	10
18	Descontaminacion, limpieza, desinfección y esterilizacion	03	06
19	Manejo del riesgo social	02	04
20	Manejo de la nutrición de pacientes	00	00
21	Gestion de insumos y materiales	02	05
22	Gestion de Equipos e infraestructura	02	10
	TOTAL	49	184

. El listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud I-3, se organiza en función a 22 Macro procesos, siendo no aplicable los Macro procesos 9, 11, 12 y 20 (Atención de hospitalización, Atención Quirúrgica, Docencia e Investigación y Manejo de la Nutrición de pacientes). En ese sentido, para el proceso de Autoevaluación 2022 del Centro de Salud de Changuillo, evaluara 18 Macro procesos, 49 estandares y 184 criterios de evaluación.

. Para el cumplimiento y adecuado desarrollo del proceso de evaluación de los estándares, se asignara responsables por macro procesos, para ello se realizara la asignación de responsables de acuerdo al perfil de evaluadores internos, sea asistencial o administrativo.

. Los instrumentos a utilizar por el equipo de autoevaluación son los siguientes:

a. **Listado de estándares de acreditación** (Según NTS n°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
b. **Hoja de Registro de datos**, el mismo que incluye:
   - Nombre del Establecimiento
   - El Macro proceso evaluado

U.E. 402 SALUD - NASCA V°B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Adm. Jorge Martin Tipula Ortiz

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO Lic. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA PATRICIA RAMIREZ CORDOVA V°B° COORDINADORA DE GESTION DE CALIDAD DEL HOSPITAL

impulsado por CamScanner

- Nombre de los evaluadores
- Fecha de evaluación
- Servicios o áreas evaluadas
- Identificación de los participantes evaluados
- El código del estándar
- El código del criterio evaluado
- El puntaje obtenido
- Las fuentes auditables
- Las técnicas utilizadas
- El sustento de la Evaluación/o comentarios

c. **Hoja de recomendaciones**, el mismo que incluye:

- Nombre completo del evaluador líder
- La fecha de las recomendaciones
- Los servicios evaluados
- El macro proceso intervenido
- Las observaciones
- Las recomendaciones

. Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

. Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

DESCRIPCION: El proeso de auroevaluacion se realiza atravez del equipo de evaluadores internos, el cual desarrolla la verificación conjunta y objetiva de la implementación de las políticas nacionales y sectiriales en salud en los procesos de desarrolloen el centro de salud ,con el propósito de lograr el cumplimiento optimo de las metas establecidas.

Para el presente proceso de autoevaluacion se utilizaran diversas metodologías y técnicas, las cuales permitirán evidenciar y calificar los procesos según los criterios de evaluación de la lista de estandares de acreditacion establecidos.

Las técnicas que se utilizaran durante el proceso de autoevaluacion; son las siguientes:

-Vereficacion /Revision de documentos

-Observacion directa de los procesos

-Entrevista

-Encuesta

-Auditoriasde registros médicos.

PROCESO DE EJECUCION

La metodología de trabajo del dia a dia en el periodo de la ejecución de la autoevaluacion será la siguiente:

impulsado por CamScanner

VISITA DE LAS INSTALACIONES POR EL EQUIPO EVALUADOR:

-Despliegue de las técnicas de evaluación

-La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estadares señalados.

-El proceso de ejecución de la autoevaluaacion se hara con la presencia de los jefes de servicios y unidades o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.

-El equipo de evaluadores internos aal termino del dia de la evaluación se reunirá para revisar los estandares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.

-El equipo de acreditacion y el evaluador líder serán los responsables del monitoreo y supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluacion.

-Con respecto al procesamiento de datos, aanalisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo del evaluador líder y equipo de acreditacion .

-La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.

-Finalmente ,el equipo de acreditacion hara la presentación de los resultados ante autoridades del centro de salud de CHANGUILLO.

8.3 CONFORMACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION.

Por la jefatura y aprobado por esta misma.

8.4 COMUNICACIÓN DEL INICIO DE AUTOEVALUACION

A.-En un plazo de 30,la unidad de alidad deberá difundir los estandares de calidad a los servicios y unidades para su conocimiento e inicio de actividades antes de la autoevaluacion.

B.-La autoevaluacion tendrá una duración de 30 dias,tiempo en el cual los evaluadores realizaran las visitas a los servicios y unidades, además entregaran la documentación a la unidad de calidad.

C.-El equipo de calidad, tiene 30 dias para procesar la información de la autoevaaluacion al aplicativo y emitir el informe final.

D.-Los casos no previstos en el presente plan, serán absueltos por el equipo de evaluadores internos y el coordinador de la autoevaluacion.

8.5 LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION EXTERNA SE CALIFICARAN COMO SIGUE:

A.-ACREDITADO: Calificacion igual o mayor al 85% del cumplimiento de los estandares.

U.E. 402 SALUD - NASCA Vº Bº UNIDAD RECURSOS HUMANOS Abog. Jorge Martin Tipacti Cornejo

U.E. 402 SALUD NASCA Vº Bº DIRECTOR ADMINSTRATIVO C. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA PATRICIA RAMIREZ CORDOVA COORD. UNIDAD DE GESTION

impulsado por CamScanner

B.-NO ACREDITADO: Menos del 85% del cumplimiento de los estandares.

En el caso de que la evaluación externa califique al Centro de Salud de CHANGUILLO como NO ACREDITADO, los plazos y procedimientos de evaluación que se debe cumplir para lograr la acreditacion son los siguientes:

-PUNTAJE OBTENIDO ENTRE 70% Y MENOR DE 85% DE LOS ESTAANDARES: Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.

-PUNTAJE OBTENIDO ENTRE 50% Y MENOSR DE 70% DE LOS ESTANDARES: Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.

-PUNTAJE MENOR A 50% DE LOS ESTANDARES: Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluacion.

8.6 PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACION

Culminado el proceso de autoevaluacion se digitara los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.

IX REAALIZAR SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES

Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones.

A.- Presentacion

B.-Objetivos

C.-Alcance

D.-Metodologia de evaluación

E.-Equipo evaluador

F.-Cumplimiento del plan

G.-Observaciones

H.-Puntaje alcanzado

I.-Recomendaciones

J.-Anexos

Posterior a la prsentacion del informe técnico de la autoeveluacion institucional, la jefatura del centro de salud de CHANGUILLO podrá solicitar la evaluación externa, la cual deberá ser realizada en un plazo no mayor a 12 meses desde la ultima autoevaluacion con calificación aprobatoria.

X ACTIVIDAADES PARA LA AUTOEVALUACION

impulsado por CamScanner

Las actividades a realizarse en la autoevaluacion 2022 del centro de salud de Changuillo según objetivos propuestos en los siguientes:

OBJETIVO No 01: Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de la aautoevaluacion:

A.-Difusion del proceso de autoevaluacion y listado de estandares de aacreditacion

B.-Reunion de apertura del proceso de autoevaluacion

C._Designacion de responsables para interactuar con el equipo de evaluadores internos.

D.-Difusion del plan de autoevaluacion

E.-Comunicación del inicio de autoevaluaion a la direccio de redes integradas.

OBJETIVO No 02 Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estandares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditacion:

A.-Revision de la herramienta para la autoevaluacion de C.S.CH.

B.-Aplicación del listado de estandares de acreditacion

C.-Procesamiento de datos y análisis de resultados.

OBJETIVO No 03: Desaarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluacion.

A.-Reunion de cierre del proceso de autoevaluacion.

B.-Elaboracion del Informe técnico de autoevaluacion.

OBJETIVO No 04: Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluacion.

a) Informe de seguimiento de acciones de mejora del proceso de autoevaluacion.

XI. FINANCIAMIENTO

11.1 RECURSOS MATERIALES

CANTIDAD	PRODUCTO	IMPORTE UNITARIO	IMPORTE TOTAL
20	FOLDERES MANILA	1.00	20.00
20	LAPICEROS	1.00	20.00
20	LAPICES	1.00	20.00
1000	HOJAS BOND A-4	20.00	20.00
10	TABLEROS	10.00	100.00
20	COPIAS ANILLADAS	25.00	10.00
10	FASTENER	1.00	10.00
	TOTAL		220.00

impulsado por CamScanner

11.2 EQUIPOS

- Equipo de Computo

- Impresora

11.3 RECURSOS HUMANOS

- Equipo de Acreditacion reconocidos con Resolucion Directoral

- Evaluadores internos reconocidos con Resolucion Directoral.

U.E. 402 SALUD - NASCA V°B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Dr. Jorge Martin Tipacti Cornejo

XII. MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACION Y CRONOGRAMA

Equipo de Acreditación:

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO LIC. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

- M.C. FREDDY RICARDO HUAMANCOLI TORRES DE CHANGUILLO	JEFE DEL CENTRO DE SALUD
- MEDICO. LUZ TERESA GAMONAL RAMOS	JEFA DEL SERVICIO DE MEDICINA
- TEC.FAR. ANA CECILIA ORDOYA CHAVEZ	JEFA DE FARMACIA
- C.D. JULISSA MARISEL CORNEJO CAÑEDO	JEFA DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA
- TEC.LAB. JUAN TRANSITO PECHO CHAVEZ	JEFE DEL SERVICIO DE LABORATORIO
- LIC. ELIZABETH MARIA TORRES PEÑA	JEFA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA
- LIC. RITA MILAGROS CASTRO LICLA	JEFA DEL SERVICIO DE OSBTETRICIA

Equipo de Evaluadores Internos:

- TEC.ENF. MARIA ROSALYN SARMIENTO QUISPE	RESPONSABLE DE TOPICO
- TEC.ENF. VIOLETA IRIS VARGAS VALENCIA	RESPONSABLE DE ADMISION
- TEC.ADM. KAREN AMANDA TUBILLA QUISPE	RESPONSABLE DE SIS
- LIC. ADA MILAGROS YLLANES CORDOVA	RESPONSABLE DE BIOLOGIA
- LIC. MAGALY ELENA HUAMANI REVILLA	RESPONSABLE DE CONSULTORIO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA GOTTSCHALK COORD. DE GESTION DE LA CALIDAD PATRICIA RAMIREZ CORDOVA V°B°

impulsado por CamScanner

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	META	2022								2023		
					M	J	J	A	S	O	N	D	F	A	M
DIFUNDIR Y SENSIBILIZAR AL PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PROCESO DE LA AUTOEVALUACION	CONFOMRACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	RESOLUCION DIRECTORAL	01	X										
	CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	RESOLUCION DIRECTORAL	01	X										
	ELABORACION Y APROBACION DEL PLAN DE AUTOEVALUADORES	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	RESOLUCION DIRECTORAL	01	X										
	DESAROLLAR EVENTO DE CAPACITACION PARA EVALUADORES INTERNOS	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	01		X									
	DIFUSION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION Y LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	EQUIPO DE ACREDITACION UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	MEMORANDO CIRCULAR	01					X						
	REUNION DE APERTURA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	ACTA	01						X					
	DIFUSION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION	UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	MEMORANDO CIRCULAR	01						X					
	COMUNICACIÓN DEL INICIO DE AUTOEVALUACION A LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS LIMA SUR	DIRECCION EJECUTIVA	MEMORANDO	01							X				
	APLICACIÓN DEL LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	HOJA DE REGISTRO DE AUTOEVALUACION	21							X				
	PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	REPORTE DE APLICATIVO DE AUTOEVALUACION	01								X			

U.E. 402 SALUD - NASCA V°B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Abog. Jorge Martin Tipacti Gamarra

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO LIC. MIRELA ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA PATRICIA RAMIREZ CORDOVA V°B° COORD. UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

impulsado por CamScanner

DESAROLLAR ACCIONES DE MEJORA SEGÚN LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	REUNION DE CIERRE DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	ACTA	01							X			
REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA SEGÚN LOS RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	ELABORACION DEL INFORME TECNICO DE AUTOEVALUCION	EQUIIPO DE EVALUADORES INTERNOS UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	01							X			
	INFORME DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	INFORME	01								X	X	X

U.E. 402 SALUD - NASCA
V°B°
UNIDAD RECURSOS HUMANOS
Abg. Jorge Mario Tipe Gonzales

U.E. 402 SALUD NASCA
V°B°
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
LIC. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA
PATRICIA RAMIREZ CORDOVA
V°B°

impulsado por CamScanner

ANEXO 1

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD DE CHANGUILLO
MACROPROCESO	
EVALUADOR(ES)	
SERVICIOS EVALUADOS	
PARTICIPANTES DE LA EVALUACION	
CODIGO DEL STANDAR	
FECHA	

CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE COMENTARIOS

U.E. 402 SALUD - NASCA V° B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Abog. Jorge Martin Tipian Cervera

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO LIC. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA PATRICIA RAMIREZ CORDOVA V°B° COORD. UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

impulsado por CamScanner

ANEXO 2

HOJA DE RECOMENDACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD DE CHANGUILLO
MACROPROCESO	
EVALUADOR(ES)	
SERVICIOS EVALUADOS	
PARTICIPANTES DE LA EVALUACION	
CODIGO DEL STANDAR	
FECHA	

CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° UNIDAD RECURSOS HUMANOS Abg. Jorge Martín Tipan Cornejo

U.E. 402 SALUD NASCA V°B° DIRECTOR ADMINISTRATIVO Lic. MIRELLA ESPINOZA TRILLO

HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA PATRICIA RAMIREZ CORDOVA V°B° COORD. UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD CSSJ

impulsado por CamScanner