



RESOLUCIÓN DIRECTORAL REGIONAL

N° 691 - 2022-GOREMAD/DIRESA

Puerto Maldonado, 22 de diciembre del 2022

VISTOS:

El Informe N° 009-2022-GOREMAD-DIRESA-DIRIS-UCIS-MDD, de fecha 30 de noviembre de 2022, y el Memorando N° 1354-2022-GOREMAD/DIRESA-DG, de fecha 20 de diciembre de 2022, que autoriza proyectar la Resolución Directoral Regional de aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación de la IPRESS programada por Microrred, y;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por ello su protección es de interés público; por tanto, es responsabilidad del del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 124° de la referida Ley N° 26842, prescribe que en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, con Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", con el objeto de mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

Que, el artículo 9 del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en la salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, la norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96° dispone que, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° del presente reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes, la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, entre ellos, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL REGIONAL

Nº 691 - 2022-GOREMAD/DIRESA

Puerto Maldonado, 22 de diciembre del 2022

Que, la Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Informe Nº 009-2022-GOREMAD-DIRESA-DIRIS-UCIS-MDD, de fecha 30 de noviembre de 2022, la Dirección de Red Integrada de Salud de Madre de Dios solicita la aprobación de los Planes de Autoevaluación para la Acreditación de las IPRESS por Microrredes priorizadas en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios; siendo autorizado por la Dirección General con Memorando Nº 1354-2022-GOREMAD/DIRESA-DG, de fecha 20 de diciembre de 2022, y;

Que, por convenir a los intereses funcionales e institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la Institución, resulta necesario emitir el correspondiente acto resolutivo, del documento técnico: Plan de Autoevaluación 2022, en merito a los considerandos expuestos;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- APROBAR, el documento técnico: "Plan de Autoevaluación 2022 para la Acreditación del CS Nuevo Milenio, CS La Joya, CS San Martín de Porres de Iberia, CS Mazuco y **PS Laberinto** de la Dirección Regional de Salud", el cual forma parte integrante de la presente Resolución Directoral Regional.

ARTÍCULO 2º.- DISPONER, que la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas realice la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del Plan aprobado en el Artículo 1º de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3º.- NOTIFICAR, la presente Resolución a los miembros a las instancias administrativas y entidades correspondientes para conocimiento y fines consiguientes.

ARTÍCULO 4º.- ENCARGAR, a la Oficina de Estadística e Informática y Telecomunicaciones la publicación de la Presente Resolución Directoral Regional, en el Portal Institucional de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios.

REGÍSTRESE, COMÚNIQUESE Y CÚMPLASE.

Gobierno Regional Madre de Dios
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Dr. Jorge Luis Asencios Rivera
 DIRECTOR GENERAL

- DISTRIBUCION:
- Autógrafa (02)
 - Adm./ Person. (02)
 - Interesados (05)
 - Salud de las (01)
 - VBA/NJAP/OAJ (01)
 - A.JE/JVM/kg (01)
 - DIRIS (01)



MICRORED LABERINTO PUESTO DE SALUD LABERINTO
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



DIRECCION REGIONAL DE SALUD MDD Micro Red Laberinto

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACION DE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - 2022**

PUESTO DE SALUD LABERINTO



Lic. Enf Fausto Hector Cardenas Moran
Gerente MCR Laberinto

MADRE DE DIOS – DISTRITO LABERINTO



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION PUESTO DE SALUD LABERINTO 2022

I.- INTRODUCCIÓN

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP—V. 02, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA es la que regula el proceso de acreditación, siendo el primer paso la autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan, cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente hacia el objetivo.

El sistema de gestión de la calidad promueve el desarrollo de los procesos, garantizando la calidad de atención al usuario, con atributos de calidad, confidencialidad, eficiencia, efectividad y calidez para lograr la satisfacción del usuario

La micro red Laberinto cuenta con establecimientos de salud en el ámbito geográfico dependiente de la Dirección Regional Salud Madre de Dios, conformado por 09 establecimientos de salud de los cuales el 90 % son de categoría 1-1 y un 10 % categoría 1-2, ubicado en el distrito de laberinto provincia Tambopata del departamento de Madre de Dios.

El Puesto de Salud Laberinto cabecera de la micro red, oferta los servicios preventivo-promocionales tanto intramurales, extramurales y recuperativas según prioridad sanitaria que difieren por sitio geográfico de usuarios que provienen de otras regiones del país; articulando las atenciones con otras IPRESS según grado de complejidad con el Hospital Santa Rosa, Centro de Salud Nuevo Milenio y Centro de Salud La Joya en procedimientos de apoyo al diagnóstico como atenciones de Parto.

El presente plan permitirá generar habilidades competenciales en el potencial humano como también identificar áreas de riesgo, brechas sanitarias, debilidades de los procesos gerenciales, prestacionales y de soporte de los servicios de salud del ámbito de la micro red laberinto y así poder subsanarlos oportunamente para beneficio de los usuarios.

II.- JUSTIFICACIÓN

La autoevaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los procesos de los servicios de salud, de esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud

Teniendo como basal los resultados del proceso de evaluación interna del Puesto de Salud Laberinto llevado a cabo durante el mes de diciembre del 2021, obteniéndose los siguientes resultados:



En la Autoevaluación del año 2022, muestra los Macroprocesos Gerenciales distribuido por categorías se tuvo un resultado de cumplimiento 27.03% de estándares de calidad; lo que significa no está implementado en todo su contexto que trae como consecuencia el incumplimiento de los objetivos institucionales, en los Macroprocesos Prestacionales de los cuales tres no se aplican al Establecimiento de Salud el macroproceso (Atención de Hospitalización) el macroproceso (Atención Quirúrgica) y el Proceso (Docencia e investigación) Se observa un grado de cumplimiento del 57.14%. y de el Puntaje de los Macroprocesos de Apoyo observamos los macroprocesos de apoyo de los cuales dos no se aplican al Establecimiento de Salud el macroproceso (Apoyo diagnóstico y terapéutico) y el macroproceso (Nutrición dietética). Se observa un grado de cumplimiento del 56.3 %.

Es importante señalar que los estándares del proceso de acreditación se orientan a la mejora del proceso y el resultado de la atención directa al usuario y evalúan a la institución en forma integral. En este caso se tiene que evaluar los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo, cada macroproceso cuenta con estándares y cada estándar tiene criterios preestablecidos.

La Microrred Laberinto tiene planificado en el plan operativo anual (POA) evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud que ofertan los establecimientos de salud con la finalidad de mejorar la atención de los usuarios de acuerdo de los estándares de la calidad de atención.

La evaluación interna también denominada autoevaluación, brinda a la gerencia de los EE. SS un diagnóstico general de la situación, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afectan a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, para luego desplegar acciones de mejora a ejecutar durante el presente año

III.- OBJETIVO

3.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares de Acreditación en la IPRESS P.S. Laberinto mediante la Autoevaluación a través de la aplicación del listado de estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría 1-2 establecida por el Ministerio de Salud para la identificación de fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer el involucramiento de las unidades orgánicas en la planificación y desarrollo del proceso de Autoevaluación de las IPRES P.S. Laberinto.
- Definir la Conformación del equipo de evaluadores internos y responsables por unidades orgánicas para interactuar en el desarrollo del proceso de Autoevaluación de la IPRESS.



- Fortalecer las competencias de los evaluadores internos en el marco de la Autoevaluación para la Acreditación con fines de mejora continua de la calidad
- Promover la cultura de calidad en las unidades orgánicas de las IPRESS, con el cumplimiento de los estándares y criterios establecidos para la Acreditación
- Desarrollar en forma participativa el proceso de Autoevaluación para la Acreditación determinando el adecuado cumplimiento de los estándares establecidos por la normatividad vigente
- Analizar oportunamente los resultados obtenidos en la Autoevaluación, formulando Conclusiones y recomendaciones
- Identificar fortalezas y debilidades, y determinar oportunidades y amenazas luego de la aplicación del Listado de Estándares.
- Determinar fortalezas a explotar y procesos susceptibles de mejora en el Establecimiento como parte de Mejora Continua.

IV.- ALCANCE:

El presente plan es de aplicación y cumplimiento de todas las unidades orgánicas de las IPRESS Puesto de Salud Laberinto de la Dirección Regional de Salud Madre de Dios.

V.- BASE LEGAL

- DSS.013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. R.M. N°456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V-02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Listado de Estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I-1 al III-1, según N°050-MINSA/DGSP-V-02.
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- D.S. N° 023-87-SA/DM – Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub-Sector No Público.
- R.M. N° 669-2005/MINSA, que aprueba la NT N 035-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Supervisión Integral"



- R.M. N° 502-2016/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02".
- R.M.N° 897-2005/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Salud N° 037-MINSA/OGDNV.01, para señalización de seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- R.M. N° 970-2005/MINSA, que aprueba la NTS N° 038-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención".
- R.M. N° 996-2005/MINSA, que aprueba el "Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres".
- R.M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
- R.M. N° 214-2018/MINSA que aprueba la "NTS N°139-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- R.M. N° 974-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 043-2004-OGDN/MINSA-V-01, "Procedimiento para la elaboración de planes de respuesta frente a emergencias y desastres".

VI.- METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

El equipo de evaluadores internos del Centro de Salud utilizará diversas técnicas,

Para el Despliegue de las **técnicas de evaluación** tales como:

- Verificación de documentos
- Observación directa de los procesos
- Entrevistas
- Muestreo Encuestas
- Auditorías de registros médicos Instrumento a utilizarse

INSTRUMENTOS utilizados:

- Norma Técnica N° 050-V.02, Norma Técnica en Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Así como también otros documentos afines.
- Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías 1-1 a I-2 establecimientos de primer nivel.
- Guía técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hojas de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.



- Aplicativo Informativo para el registro y procesamiento de resultados
- Anexo 8: Propuesta de Fuentes auditables y técnicas a utilizar según cada Macro proceso.

LA METODOLOGIA DE TRABAJO

Durante el periodo de ejecución de la autoevaluación se realizará lo siguiente:

- ¡Visita de las instalaciones del Establecimiento por el equipo evaluador.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios del establecimiento verificando los estándares señalados.
- La ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes, Coordinadores, responsables de las unidades orgánicas de establecimiento y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos al término de la evaluación se fomentará la reunión para revisar los estándares evaluados a fin de verificar la calidad de información.
- El equipo de acreditación y el evaluador líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del Informe preliminar estará a cargo de evaluador líder y equipo de acreditación.
- La elaboración del informe se debe realizar con participación conjunta con todos los evaluadores internos.
- El Equipo de Autoevaluación presidido por el Líder hará la presentación de los resultados ante el equipo de Gestión y trabajadores de salud del Establecimiento

V.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

La Autoevaluación de los Macro procesos se desarrollará a partir del 2 al 26 de diciembre del año 2022 en el Puesto de Salud Laberinto

VI.- RECURSOS PARA LA AUTO EVALUACION:

- Manuales de listado de estándares de acreditación
- Manual y guía del evaluador para la acreditación de.
- Material de Escritorio
- Equipo de computo



MICRORED LABERINTO PUESTO DE SALUD LABERINTO
 "MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD"
 "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – B P.S.
 LABERINTO - 2022**

Responsable por Sub-Equipo	Macro Procesos	Equipo de evaluadores internos	Lunes 13	Responsable (s) Evaluados
M.C. Shaudy Osorio Guevara.	Direccionamiento	M.C. Shaudy O. Obst. Yenny A.	Mañana	Pscg. Wily Chalco Huaman
	Gestion de Recursos Humanos	M.C. Shaudy O. Obst. Yenny A.	Mañana	Lic. Fausto Cardenas
	Gestion de la Calidad	M.C. Shaudy O. Obst. Yenny A.	Mañana	Lic. Fausto Cardenas
	Manejo del riesgo de la atencion	M.C. Shaudy O. Obst. Yenny A.	Mañana	Tec. Nohemi Luque
Obst. Yenny Anna Zuñiga	Emergencias y desastres	Obst. Yenny A. Obst. Edith C.	Mañana	Tec. Nohemi Luque
	Control de la Gestion y la prestacion	Obst. Yenny A. Obst. Edith C.	Mañana	Pscg. Wily Chalco Huaman
	Atencion ambulatoria	Obst. Yenny A. Obst. Edith C.	Mañana	Pscg. Wily Chalco Huaman
	Atencion Extramural	Obst. Yenny A. Obst. Edith C.	Mañana	Pscg. Wily Chalco Huaman
	Atencion de emergencia	Obst. Yenny A. Obst. Edith C.	Mañana	Pscg. Wily Chalco Huaman
Obst. Edith Castillo Torres	Apoyo al diagnostico y tratamiento	Obst. Edith C. Lic. Enf. Elena T	Mañana	Tec. Lab. Hugo Qqueso
	Admision y alta	Obst. Edith C. Lic. Enf. Elena T	Mañana	Obst. Rosa Fuentes
	Referencia y contrareferencia	Obst. Edith C. Lic. Enf. Elena T	Mañana	Obst. Rosa Fuentes
	Gestion de medicamentos	Obst. Edith C. Lic. Enf. Elena T	Mañana	Tec. Enf. Erika Aguilar Delgado
Lic. Enf. Elena Tueros Cardenas	Gestion de informacion	Lic. Enf. Elena T. M.C. Shaudy O.	Mañana	Obst. Rosa Fuentes
	Esterilizacion. Lavanderia y limpieza	Lic. Enf. Elena T. M.C. Shaudy O.	Mañana	Lic. Enf. Vanesa Portugal
	Manejo del riesgo social	Lic. Enf. Elena T. M.C. Shaudy O.	Mañana	Lic. Enf. Vanesa Portugal
	Gestion de insumos y materiales	Lic. Enf. Elena T. M.C. Shaudy O.	Mañana	Lic. Enf. Vanesa Portugal
	Gestion de equipos e infraestructura	Lic. Enf. Elena T. M.C. Shaudy O.	Mañana	Lic. Enf. Vanesa Portugal