PLAN DE

AUTOEVALUACION DEL

CENTRO DE SALUD TUPAC AMARU INCA

2023

Justificación

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Hospital San Juan de Dios de Pisco, según su nivel de complejidad, cuente con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Es necesario elaborar el plan que permita organizar desarrollar implementar y financiar el sistema de gestión de la calidad en nuestro Centro de Salud para logar a mejorar la satisfacción de la población en relación a la calidad de atención que reciben. Este plan articula las necesidades y demandas de cada establecimiento de Salud de las U.E ejecutora con los recursos que tienen disponibles para las, teniendo en cuenta los planes y expectativas del nivel local y nacional.

Objetivos

- Promover las actividades de Acreditación en nuestra organización de la salud.
- Promover una cultura de calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Mejorar la calidad de atención en los diferentes servicios de salud en el Centro de Salud Túpac Amaru Inca, que sea claramente percibida por el usuario.

Objetivos específicos:

- Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio.
- Lograr la satisfacción de los que brindan el servicio.
- Fomentar una cultura de calidad en todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud.
- Generar conocimientos y experiencias en la conducción del sistema de gestión de la calidad

Alcance

En todos los Departamentos, Servicios y Oficina del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Base legal

- Ley N°26790.Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N°26842, Ley general de la salud.
- Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N°27783, Ley de Base 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°27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N°27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- D.S N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- D.S N°013-2006-S. A, que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- R.P N°026-CND-P-2005, que aprueba el Reglamento de establecimientos de salud y servicio médico de apoyo.
- RM N°616-2003-SA/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
- R.M N°235-2006-S. A/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
- R.M N°1263-2004/MINSA, que aprueba la directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V.01.Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los hospitales del Ministerio de Salud.
- R.M N°246-2006/MINS, que aprueba el documento técnico de lineamientos de política tarifaria en el sector salud.

Metodología de la Evaluación

Las técnicas utilizadas son:

- verificación/revisión
- Observación
- Entrevista
- Muestreo
- Encuesta
- Auditoría

Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SETIEMBRE											OCTUBRE																					
		18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	2	3	4	7	9	9	10	11	14	16	17	18	21	23	24	25	26	27	28	30
Reunión del equipo evaluador para la elaboracion del plan y designacion del equipo lider	C.D Medina Saavedra Balvin Mario																																
Designacion de responsable por cada macroproceso	C.D Medina Saavedra Balvin Mario																																
Presentacion del plan a la direccion	Tec. Enf. Edmond Yañez Pozo																																
Reunion de trabajo con el equipo evaluador, analisis final de listado de estandares de acreditacion	Lic. Enf. Diana Raffo Anicama																																
Presentacion del plan a jefes de servicio	C,D Medina Saavedra Balvin Mario																																
Macroprocesos																																	
Direccionamiento	C,D Medina Saavedra Balvin Mario																																
Gestion de recursos humanos																																	
Gestion de la calidad																																	
Manejo del riesgo de la atencion																																	
Emergencia y desastres	Lic. Enf. Diana Raffo Anicama																																
Control de gestion y presentacion																																	
Atencion ambulatoria																																	
Atencion de observacion																																	

Docencia e investigación	Blgo. Mayuri Fernandez Orlando M.C Muñante Giraldo Freddy Luisn
Atencion quirurgica	
Apoyo al diagnostico y tratamiento	
Administracion y alta	C.D Medina Saavedra Balvin Mario
Referencia y contra referencia	
Gestion de medicamento	
Manejo de nutricion de pacientes	
Gestion de insumo y materiales	
Gestion de equipo e infraestructura	
Procesamiento de datos	Tec. Enf. Edmond Yañez Pozo
Analisis	Lic. Enf. Diana Raffo Anicama
Elaboración del informe preliminar	C.D Medina Saavedra Balvin Mario
Presentación del informe preliminar	Lic. Enf. Diana Raffo Anicama
Revision y correccion del informe preliminar	Lic. Enf. Diana Raffo Anicama
Evaluador lider	C.D Medina Saavedra Balvin Mario

RESPONSABLE DEL SUB-EQUIPO	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUACIONES INTERNOS	SETIEMBRE					OCTUBRE																		RESPONSABLE EVALUADOS
			26	27	28	29	30	2	3	4	7	9	10	11	13	14	16	17	18	19	21	23	25	27	28	30	
Lic. Enf. Diana Raffo Anicama	Direccionamiento	C.D Medina Saavedra Balvin Mario	M	M							T	T							M	M							C.D Medina Saavedra Balvin Mario
	Gestion de Recursos Humanos				T	T							M	M							T	T					Tec. Est. Maximina Bernaola de la Cruz
	Gestion de la calidad						M	M							T	T							M	M			Tec. Enf. Edmond Yañez Pozo
	Manejo del riesgo de la atencion								T	T							M	M							T	T	C.D. Jaime Diaz Sanchez
Lic. Enf. Nadia Bernaola Vargas	Emergencia y desastres	Lic. Enf. Diana Raffo Anicama		M							T	T							M	M							Qf. Catalina Saravia Guevara
	Control de gestión y prestación				M	M							T	T							T	T				T	Tec. Adm. Janet Tipian Flores
	Atención ambulatoria	M.C Muñante Giraldo Freddy Luis					M	M							T	T							M	M			MC. Fuentes Tang Walter
	Atención de observación								M								T	T							T	T	MC.Contreras Motta Ivan Homero

	Docente e Investigación							M	M	M							T	T	T					M	M		C.D Medina Saavedra Balvin Mario
M.C.Freddy Muñante Giraldo	Docencia e investigación	C.D Medina Saavedra Balvin Mario	M	M	M					T	T	T							M	M					M		Lic. Ana Huamán Paucar
	Atención quirúrgica					T	T	T					M	M	M							T	T					MC. Fuentes Tang Walter
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento							M	M	M						T	T	T					M	M			Tec. Med. Jackeline Patiño Yaguillo

EQUIPO DE EVALUACION

- C.D Medina Saavedra Balvin Mario (líder)
- Lica Enfer Raffo Anicama Diana Anais
- Tec Enfer Yáñez Pozo Edmond Elías (Responsable de Calidad)
- M.C Muñante Giraldo Freddy Luis
- Blgo: Orlando Enrique Mayuri Fernández

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL P.S PARACAS 2023

Introducción

La calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la garantía de equidad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La obtención de la calidad en salud es una gesta de la integración de todos los actores del sector.

En este contexto el Ministerio de Salud desarrolla la Acreditación, la cual se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad, con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de la salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizado un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

Actualmente nuestra institución presenta el Plan de Autoevaluación que no permite comparar el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos promoviendo la mejora de los procesos.

Justificación

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el P.S Paracas, según su nivel de atencion, cuente con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Objetivos

- Promover las actividades de Acreditación en nuestra organización de la salud.
- Promover una cultura de calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

Alcance

En todos los Departamentos, Servicios del P.S Paracas

Base Legal

- Ley N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N° 26842, Ley general de la salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Base 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° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- D.S N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- D.S N° 013- 2006-S. A, que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

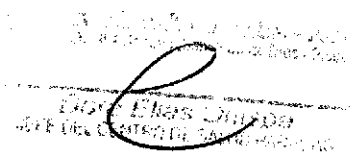
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUYACION DEL P.S PARACAS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OCTUBRE																																NOV							
		26	27	28	29	30	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	2	3	4	6	7	8	9
Reunión del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación del equipo lider	TEC ENF VILLANUEVA																																						
Designacion de responsable por cada macroproceso	TEC LAB DORA ELIAS																																						
Presentacion del plan a la Direccion	TEC ENF KATIA																																						
reunion de trabajo con el equipo evaluador, analisis final de listado de estandares de acreditacion	LIC WILFREDO																																						
Presentacion del plan a jefes de servicio	TEC ENF DORA																																						
MACRO PROCESOS																																							
Direccionamiento	TEC ENF KATIA																																						
Gestion de recursos humanos																																							
Gestion de la calidad	LIC WILFREDO																																						
Manejo del riesgo de la atencion	TEC LAB DORA																																						
Emergencias y desastres	TEC LAB DORA																																						
Control de gestion y prestacion	TEC ENF KATIA																																						
Atencion ambulatoria	TEC ENF KATIA																																						
Admision y alta	LIC WILFREDO																																						
Referencia y contrareferencia	TEC LAB DORA																																						
Gestion de medicamento	TEC ENF KATIA																																						
Gestion de la Informacion	LIC WILFREDO																																						
Esterilizacion y limpieza	TEC LAB DORA																																						
Manejo de riesgo social	LIC WILFREDO																																						
Gestion de insumo y materiales	TEC LAB DORA																																						
Gestion de equipo e infraestructura	LIC WILFREDO																																						
Procesamiento de datos	TEC ENF KATIA																																						
Analisis	TEC ENF KATIA																																						
Elaboracion del informe preliminar	LIC WILFREDO																																						
Presentacion del informe preliminar	LIO WILFREDO																																						
Revision y correccion del informe	TEC LAB DORA																																						
Evaluador lider	TEC LAB DORA																																						

			OCTUBRE																									
RESPONSABLE DEL GRUPO	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUACION DE INTERNOS	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	RESPONSABLE EVALUADOS
	Direccionamiento	TEC ENF KATIA	M	M			M	M			M	M			M	M			M	M			M	M			M	TEC LAB DORA
TEC LAB DORA	gestion de recursos humanos	TEC ENF KATIA			M	M			M	M			M	M			T	T			M	M			M	M		TEC LAB DORA
	gestion de la calidad	LIC WILFREDO	M	M			M	M			T	T			M	M			M	T			M	M			M	TEC ENF KATIA
TEC LAB DORA	manejo del riesgo de la atencion	TEC LAB DORA			M	M			T	T			M	M			T	M			M	T			M	T		DR JOSE ANGULO
TEC ENF KATIA	emergencias y desastres	TEC LAB DORA	M	M			M	M			T	T			M	M			M	T			T	T			M	LIC WILFREDO
LIC WILFREDO	Control de gestion y prestacion	TEC ENF KATIA			M	M			M	M			M	M			T	T			M	M			M	M		TEC LAB DORA
TEC LAB DORA	atencion ambulatoria	TEC ENF KATIA	M	M			M	M			M	M			T	T			M	M			M	M			M	DR JOSE ANGULO
TEC ENF KATIA	admision y alta	LIC WILFREDO			M	M			T	T			T	T			M	M			T	T			M	M		TEC. ENF MARIA CHAVEZ
	referecnia y contrareferencia	TEC LAB DORA	M	M			M	M			T	T			M	M			M	T			T	T			M	TEC ENF KATIA
TEC ENF KATIA	gestion de medicamento	TEC ENF KATIA			M	M			M	M			M	M			T	T			M	M			M	M		QF JACKSAVIT VELARDE
	gestion de la informacion	LIC WILFREDO	M	M			M	M			T	T			M	M			M	T			M	M			M	OD BERNARDO SOLDEVILLA
LIC WILFREDO	esterilizacion y limpieza	TEC LAB DORA			M	M			T	T			M	M			T	M			M	T			M	T		TEC ENF MERLY
TEC LAB DORA	manejo de riesgo social	LIC WILFREDO	M	M			M	M			T	T			M	M			M	T			M	M			M	OBST KELLY
	gestion de insumo y materiales	TEC LAB DORA			M	M			T	T			M	M			T	M			M	T			M	T		QF JACKSAVIT VELARDE
LIC WILFREDO	gestion de equipo e infraestructura	LIC WILFREDO	M	M			M	M			T	T			M	M			M	T			M	M			M	CHRISTIAN MORENO

Equipo de Evaluación

- Tec Enf Katia Villanueva Aliaga. (evaluador líder)
- Tec Lab Dora Elias Quispe.
- Lic Enf Wilfredo Hernandez De la Cruz



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL

CENTRO DE SALUD CASALLA

2023

Elizabeth Salazar
LICENCIADA EN ENFERMERIA

Diana A. Raffo Anicama
Lic. en Enfermería
C.E.P. N° 49592

10

Introducción

La calidad de la prestación de la salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la garantía de equidad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La obtención de la calidad en salud es una gesta de la integración de todos los actores del sector.

En este contexto el Ministerio de Salud desarrolla la Acreditación, la cual se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad, con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de la salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

Actualmente nuestra institución presenta el Plan de autoevaluación que nos permite comparar el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos promoviendo la mejora de los procesos.

El Centro de Salud Casalla– Pisco, viene desarrollando valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud, y estas son producto del esfuerzo conjunto de directivos, funcionarios y trabajadores en todos los niveles de atención de salud, Centros y Puestos de Salud, implementando la Reforma en Salud cuyos resultados es lograr mejores niveles de eficiencia, eficacia y efectividad. Cabe recordar que el tiempo de espera del usuario, la satisfacción de la atención del mismo, son algunos problemas que demuestran la baja calidad de atención y esto constituye un reto para nuestra institución, que obliga a formular planes para la mejora de la atención, a pesar de contar con pocos recursos humanos y económicos, y con una infraestructura no ocupado en un 100%. En este contexto el presente Plan Anual de Gestión de la Calidad reúne las actividades por cada línea de trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad:

Justificación

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Centro de Salud Casalla - Pisco, según su nivel de complejidad, cuente con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Es necesario elaborar el plan que permita organizar desarrollar implementar y financiar el sistema de gestión de la calidad en nuestro Centro de Salud para logar a mejorar la satisfacción de la población en relación a la calidad de atención que reciben. Este plan articula las necesidades y demandas de cada establecimiento de Salud de las U.E ejecutora con los recursos que tienen disponibles para las, teniendo en cuenta los planes y expectativas del nivel local y nacional.

Objetivos

- Promover las actividades de Acreditación en nuestra organización de la salud.
- Promover una cultura de calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Mejorar la calidad de atención en los diferentes servicios de salud en el Centro de Salud Casalla, que sea claramente percibida por el usuario.

Objetivos específicos:

- Lograr la satisfacción de los usuarios del servicio.
- Lograr la satisfacción de los que brindan el servicio.
- Fomentar una cultura de calidad en todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud.
- Generar conocimientos y experiencias en la conducción del sistema de gestión de la calidad

Alcance

En todos los, Servicios y Oficina del Centro de Salud Casalla.

Base legal

- Ley N°26790.Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N°26842, Ley general de la salud.
- Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N°27783, Ley de Base 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°27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N°27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- D.S N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- D.S N°013-2006-S. A, que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- R.P N°026-CND-P-2005, que aprueba el Reglamento de establecimientos de salud y servicio médico de apoyo.
- RM N°616-2003-SA/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
- R.M N°235-2006-S. A/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
- R.M N°1263-2004/MINSA, que aprueba la directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V.01.Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los hospitales del Ministerio de Salud.
- R.M N°246-2006/MINS, que aprueba el documento técnico de lineamientos de política tarifaria en el sector salud.

Metodología de la Evaluación

Las técnicas utilizadas son:

- verificación/revisión
- Observación
- Entrevista
- Muestreo
- Encuesta
- Auditoría

Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SETIEMBRE											OCTUBRE																			
		15	18	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30	2	3	4	7	9	9	10	11	14	16	17	18	21	23	24	25	26	27	28	30
Reunión del equipo evaluador para la elaboracion del plan y designacion del equipo lider	Lic en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais																																
Designacion de responsable por cada macroproceso	Lic en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais																																
Presentacion del plan a la direccion	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Reunion de trabajo con el equipo evaluador, analisis final de listado de estandares de acreditacion	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Presentacion del plan a jefes de servicio	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Macroprocesos																																	
Direccionamiento	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Gestion de recursos humanos																																	
Gestion de la calidad																																	
Manejo del riesgo de la atencion																																	
Emergencia y desastres	Lic. Enf. Achaica Sanchez Margarita																																
Control de gestion y presentación																																	
Atencion ambulatoria																																	
Atencion de observación																																	

Docencia e investigación	Dra. Quispe Huaman Carolina																																
Atencion quirurgica																																	
Apoyo al diagnostico y tratamiento																																	
Administracion y alta	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Referencia y contra referencia																																	
Gestion de medicamento																																	
Manejo de nutricion de pacientes																																	
Gestion de insumo y materiales																																	
Gestion de equipo e infraestructura																																	
Procesamiento de datos	DR. Cordova Diaz Victor																																
Analisis	DR. Cordova Diaz Victor																																
Elaboración del informe preliminar	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Presentación del informe preliminar	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Revision y correccion del informe preliminar	Llc en Enf. Salazar Pecho, Flor																																
Evaluador lider	Llc en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais																																

RESPONSABLE DEL SUB-EQUIPO	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUACIONES INTERNOS	SETIEMBRE					OCTUBRE																		RESPONSABLE EVALUADOS
			26	27	28	29	30	2	3	4	7	9	10	11	13	14	16	17	18	19	21	23	25	27	28	30	
Lic en Enf. Salazar Pecho, Flor	Direccionamiento	Lic en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais	M	M							T	T							M	M							Lic en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais
	Gestion de Recursos Humanos				T	T							M	M							T	T					Blgo. Falconi Silva Jesus
	Gestion de la calidad						M	M							T	T							M	M			Lic en Enf. Salazar Pecho, Flor
	Manejo del riesgo de la atencion								T	T							M	M							T	T	Psic. Solis Loayza Cinthya Ines
Lic. Enf. Achaica Sanchez Margarita	Emergencia y desastres	Lic en Enf. Salazar Pecho, Flor Dra. Quispe Huaman Carolina		M							T	T							M	M							Lic en Enf. Salguero Laura Patricia
	Control de gestión y prestación				M	M							T	T							T	T				T	Tec. Enf. Trillo Negri Marleni
	Atención ambulatoria						M	M							T	T							M	M			Obst. Huaman Barrueta Carmen
	Atención de observación								M								T	T							T	T	Dra. Quispe Huaman Carolina
	Docente e Investigación							M	M	M							T	T	T					M	M		Lic en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais

Dra. Quispe Huaman Carolina	Docencia e investigación	Lic en Enf. Raffo Anicama, Diana Anais	M	M	M					T	T	T							M	M					M		Lic en Enf. Pachas Sandiga Eva Maria
	Atención quirúrgica					T	T	T					M	M	M						T	T					Dra. Quispe Huaman Carolina
	Apoyo al diagnóstico y tratamiento							M	M	M						T	T	T					M	M			Blgo. Falconi Silva Jesus

EQUIPO DE EVALUACION

- Lica Enfer Raffo Anicama Diana Anais (líder)
- Lica Enfer Salazar Pecho Flor (Responsable de Calidad)
- Dra. Quispe Huaman Carolina
- DR. Cordova Diaz Victor
- Lic. Enf. Achaica Sanchez Margarita

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL CENTRO DE SALUD "SANTA CRUZ"

2023

GORE ICA - DIRESA - ICA
U.E 404 HOSPITAL SAN ... PISCO

Lic Enf Gleny Muñoz Suaña
C.E.P. 81321
JEFE C. S. SANTA CRUZ

INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la garantía de equidad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La obtención de la calidad en salud es una gesta de la integración de todos los actores del sector.

En este contexto el Ministerio de Salud desarrolla la Acreditación, la cual se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad, con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de la salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizado un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

Actualmente nuestra institución presenta el Plan de Autoevaluación que no permite comparar el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos promoviendo la mejora de los procesos.

El Centro de Salud "Santa Cruz" – Paracas, viene desarrollando valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de atención en salud, y estas son producto del esfuerzo de la jefatura en conjunto con los trabajadores de todos los niveles de atención de salud, en Centros y Puestos de Salud, Implementando la Reforma en Salud cuyos resultados es lograr mejores niveles de eficiencia, eficacia y efectividad. Cabe recordar que el tiempo de espera del usuario, la satisfacción de la atención del mismo, son algunos problemas que demuestran la baja calidad de atención y esto constituye un reto para nuestra institución, que obliga a formular planes para la mejora de la atención, a pesar de contar con pocos recursos humanos, con una infraestructura no ocupada al 100% y sin recursos económicos. En este contexto el presente Plan Anual de Gestión de la calidad reúne las actividades por cada línea de trabajo del Sistema de Gestión de Calidad.

JUSTIFICACIÓN

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el Hospital San Juan de Dios de Pisco, según su nivel de complejidad, cuente con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Es necesario elaborar el plan que permita organizar, desarrollar, implementar y financiar el sistema de gestión de la calidad en nuestro Centro de Salud para lograr mejorar la satisfacción de la población en relación a la calidad de atención que reciben. Este plan articula las necesidades y demandas de cada establecimiento de Salud de las U.E .con los recursos que tienen disponibles para las atenciones, teniendo en cuenta los planes y expectativas del nivel local y nacional.

OBJETIVOS

- Promover las actividades de Acreditación en nuestro establecimiento de salud.
- Promover una cultura de calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Mejorar la calidad de atención en los diferentes servicios del Centro de Salud Santa Cruz, que sea claramente percibida por el usuario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr la satisfacción de los usuarios.
- Lograr la satisfacción de los trabajadores que brindan el servicio.
- Fomentar una cultura de calidad en todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud.
- Generar conocimientos y experiencias en la conducción del sistema de gestión de la calidad.

ALCANCE

En todos los Consultorios, Servicios del Centro de Salud Santa Cruz.

BASE LEGAL

- Ley N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N° 26842, Ley general de la salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Base 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° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Le D.S N° 023-2005-SA, que aprueba el reglamento de organización y funciones del Ministerio de Salud.
- D.S N° 013- 2006-S. A, que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- R.P N° 026-CND-P-2005, que aprueba el Reglamento de establecimientos de salud y servicio médico de apoyo.
- R..M N° 616-2003-SA/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
- R.M N° 235-2006-S. A/DM, que aprueba los lineamientos para la formulación del reglamento de organización y funciones de los institutos.
- R.M N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la directiva N 047-2004-DGSP/MINSA- V.01. Lineamientos para la organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los hospitales del Ministerio de Salud.
- R.M N° 246-2006/MINS, que aprueba el documento técnico lineamientos de política tarifaria en el sector salud.

- Norma Técnica N°050-, MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de los establecimientos y servicios médicos de apoyo"

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La Autoevaluación se llevará a cabo de acuerdo a la Norma Técnicas N° 050-V.02 Norma Técnica en Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.

La Autoevaluación será realizada por el Equipo de evaluadores internos del Centro de Salud "Santa Cruz" designados formalmente por la Alta Dirección.

Las técnicas utilizadas son:

- Verificación/Revisión
- Observación
- Entrevista
- Muestreo
- Encuesta
- Auditoria

EQUIPO DE EVALUACION

Lic. Enf. Gleny I. Muñoz Suaña

Lic. Enf. Katherine Palomino Alarcon

C.D. Juana Intimayta Sayritupac

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION B DEL HSJD PISCO 2023

RESPONSABLE DEL SUBEQUIPO	MACROPORCESO	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	OCTUBRE																						RESPONSABLES EVALUADOS
			2	3	4	6	7	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26		
Lic. Gleny Muñoz Suaña	Direccionamiento	C.D. Juana Intimayta Sayritupac	M	M			M	M			T	T			T	T			M	M			M		
	Gestión de Recursos Humanos				T	T			M	M			M	M			M	M			T	T			Lic. Gleny Muñoz Suaña
Lic. Gleny Muñoz Suaña	Gestión de la Calidad	Lic. Katherine Palomino Alarcon Lic. Gleny Muñoz Suaña	T	T			M	M			T	T			T	T			T	T			M		C.D. Juana Intimayta Sayritupac Dra. Rossana Lua Yong
	Manejo del riesgo de la atención				M	M			T	T			M	M			M	M			M	M			
Lic. Katherine Palomino Alarcon	Emergencias y desastres	C.D. Juana Intimayta Sayritupac	M	M			T	T			T	T			M	M			M	M			T		Lic. Katherine Palomino Alarcon
	Control de gestión y prestación				M	M			M	M			T	T			T	T			T	T			
Lic. Gleny Muñoz Suaña	Atención ambulatoria	C.D. Juana Intimayta Sayritupac	M	M			M	M			T	T			T	T			M	M			M		Lic. Gleny Muñoz Suaña Dra. Rossana Lua Yong.
	Admision y alta				T	T			M	M			M	M			T	T			T	T			
C.D. Juana Intimayta Sayritupac	Referencia y Contra referencia	C.D. Juana Intimayta Sayritupac	M	M	M			T	T		T	T	T			M	M			M	M	M			Tec. Victor Tovar Huaman
C.D. Juana Intimayta Sayritupac	Gestion de medicamentos	C.D. Juana Intimayta Sayritupac				T	T	T						M	M	M						T	T		C.D. Juana Intimayta Sayritupac Tec. Silvia de la Cruz
Lic. Katherine Palomino Alarcon	Esterilizacion y limpieza	Lic. Katherine Palomino Alarcon	M	M	M						T	T	T								M	M			Tec. Jenny Martinez
Lic. Gleny Muñoz Suaña	Manejo de riesgo social	Lic. Katherine Palomino A larcon				T	T	T						T	M	M	M				M	M	T		Obst. Karen Luna
Lic. Katherine Palomino Alarcon	Gestión d la información	Lic. Katherine Palomino Alarcon	M	M	M						T	T	T								M	M			MG. Jose Vargas Casma
Lic. Katherine Palomino Alarcon	Gestión de insumo y materiales	Lic. Gleny Muñoz Suaña Lic. Katherine Palomino Alarcon				T	T	T						M	M	M							T		Tec. Silvia de la Cruz
	Gestión de equipo e infraestructura		M	M	M				M	M	M						T	T	T						
	Evaluador Lider	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																							Lic. Jesus Linares

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION A DEL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ 2023

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	setiembre					OCTUBRE																									NOVIEMBRE								
		26	27	28	29	30	2	3	4	6	7	9	10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	2	3	4	6	7	8	9
Reunión del equipo evaluador para la elaboración del Plan y designación del equipo líder	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																																					
Designación de responsable por cada macroproceso	Lic. Gleny Muñoz Suaña																																					
Presentación del Plan a la Dirección	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																																					
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final de listado de estándares de acreditación	Lic. Katherine Palomino Alarcon																																					
Presentación del Plan a jefes de servicio	Lic. Gleny Muñoz Suaña																																					
Macro procesos																																						
Direccionamiento	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																																					
Gestión de Recursos Humanos																																						
Gestión de la Calidad	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																																					
Manejo del riesgo de la atención																																						
Emergencias y desastres	Lic. Katherine Palomino Alarcon																																					
Control de gestión y prestación																																						
Atencion ambulatoria	Lic. Katherine Palomino Alarcon																																					
Admision y alta																																						
Referencia y contrareferencia	Lic. Gleny Muñoz Suaña																																					
Gestion de medicamentos	Lic. Gleny Muñoz Suaña																																					
Gestión de la información	Lic. Katherine																																					
Esterilizacion y limpieza																																						
Manejo de riesgo social.	Lic. Katherine Palomino Alarcon																																					
Manejo de nutrición de pacientes																																						
Gestión de insumo y materiales	Lic. Gleny Muñoz Suaña																																					
Gestión de equipo e infraestructura																																						
Procesamiento de datos	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																																					
Análisis	C.D. Juana Intimayta Sayritupac																																					
Elaboración del informe preliminar	Lic. Katherine Palomino Alarcon																																					
Presentación del informe preliminar																																						
Revisión y corrección el informe	Lic. Gleny Muñoz Suaña																																					
Evaluador Lider																																						