

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

- El encargado de Gestión de la Calidad del Establecimiento deberá socializar las normas técnicas: Norma Técnica Sanitaria Nº 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, el Listado de estándares y la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a todo el personal para conocimiento; el acceso a estas referencias normativas debería ser por medios digitales
- Se debe proceder a seleccionar a los evaluadores internos del Establecimiento de Salud; quienes conformen este Equipo de Autoevaluación deben ser personal imparcial, objetivo, guardar la confidencialidad en la información, debe haber participado en la elaboración del plan o tener conocimiento del mismo y colaborar en la elaboración del informe técnico final.
- Definido el equipo de Evaluadores Internos, el médico jefe tendrá que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica la función encomendada; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. El Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario y debe estar compuesto mínimo por 5 (cinco) evaluadores internos, quienes deben elegir al líder del equipo. En cuanto a la conformación del equipo, debe considerarse lo siguiente: 2 (dos) evaluadores médicos, 1 (uno) evaluador profesional no médico y 2 (dos) evaluadores para los servicios médicos de apoyo; conformado cuatro equipos de 5 integrantes cada equipo del CSMI El Porvenir.

Equipo N°01 de Autoevaluación del Centro De Salud Materno Infantil "El Porvenir".		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión
Líder	Dra. Janett García Orihuela	Médico
Integrante	Dra. Gabriela Vitor	Médico
Integrante	Lic. Kathya Espinoza	Enfermera
Integrante	Obs. Franklin Pacheco	Obstetra
Integrante	Tec. Fátima Valdivia	Técnica Asistencial

Equipo N°02 de Autoevaluación del Centro De Salud Materno Infantil "El Porvenir".		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión
Líder	Dra. Dora Zavala	Médico
Integrante	Dr. Roberto Mamani	Médico
Integrante	Lic. Zoila Pizarro	Nutrición
Integrante	Odo. Ricardo Paz Soldán	Odontólogo
Integrante	Tec. Patty Yactayo	Técnica Admisión



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

Equipo N°03 de Autoevaluación del Centro De Salud Materno Infantil "El Porvenir".		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión
Líder	Dr. Wilfredo Vargas	Médico
Integrante	Dr. Mercedes Marroquin	Médico
Integrante	QF. Aracely Aguilar	Químico Farmacéutico
Integrante	TM. Karina Hilario	Tecnólogo Médico
Integrante	Tec. Humberto Chuquimajo	Técnica Asistencial

Equipo N°04 de Autoevaluación del Centro De Salud Materno Infantil "El Porvenir".		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión
Líder	Dr. Geovani Humpire	Médico
Integrante	Dr. Guisella Bautista	Médico
Integrante	Lic. Hayde Madera	Técnica Laboratorio
Integrante	QF. Teófilo Mamani	Químico Farmacéutico
Integrante	Tec. Ana Arrieta	Técnica Admisión

5. Capacitación de los evaluadores internos para familiarizarlos con el LISTADO DE ESTANDARES que se va a aplicar en el proceso, que dependerá de la categoría de la IPRESS. estos estándares están divididos en: (1) Macroproceso, el objetivo y el alcance de la autoevaluación, (2) el código del estándar, (3) el estándar (4) los atributos relacionados al estándar (5) la referencia normativa nacional sectorial y (6) los criterios de evaluación. Lo recomendable para la evaluación es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron el criterio y el estándar de la misma forma. Se debe tener siempre presente el enunciado del estándar y sus despliegues en los criterios, para luego relacionarlos con los objetivos y alcances del macroproceso con los atributos de calidad y con las referencias normativas. Es importante que el equipo Autoevaluador identifique cuales son las posibles fuentes auditables y como desarrollara soportes que puedan encontrarse en la organización. Se deben preparar instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar. Se recomienda sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Se califica cada proceso del estándar utilizando la escala de calificación considerada en el Listado de estándares 0, 1, 2 según lo indicado en cada criterio de evaluación (realizar simulaciones como entrenamiento)

- TÉCNICAS DE EVALUACIÓN A UTILIZAR:
- **Verificación/Revisión de documentos;** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecido
 - Formatos con los listados de estándares que se van a aplicar.
 - Hoja de registro de datos de la autoevaluación (evaluación interna)
 - Hojas de recomendaciones. (se recomienda revisar los ANEXOS de la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de los Establecimientos de Salud y los Servicios médicos de apoyo)

6. Presentar el Plan de Autoevaluación-2021 del Centro De Salud Materno Infantil "El Porvenir", a todo el personal de la IPRESS y enviarlo a la DIRIS Lima Centro en virtual y en físico
7. Comunicar el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro (de manera documentaria). Debe realizarse una reunión de apertura en donde se debe socializar los objetivos y presentar al equipo evaluador
8. Llevar a cabo la AUTOEVALUACIÓN, aplicando la lista de chequeo que vienen a ser los estándares por cada Macroproceso con los criterios de evaluación correspondientes. Paralelamente se debe llenar la **Hoja de Registro de Autoevaluación**, los puntajes obtenidos y plasmados en esta hoja deberán ser ingresados al aplicativo "acreditación"
9. Con el resultado dado por el aplicativo "acreditación" se debe elaborar el informe técnico final de acuerdo al modelo del Anexo 2
10. Se debe realizar una reunión de cierre, en donde se debe dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido
11. El informe técnico final debe ser enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de la Calidad

VII. RESPONSABILIDADES

- **Oficina de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la DIRIS Lima Centro**
 - Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación
- **Jefatura del Establecimiento de Salud y/o Puesto de Salud que realiza el Proceso de Autoevaluación**



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

- Brindar las facilidades y recursos para que la IPRES implementen el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

- **Equipo de Gestores de la Calidad**

- Implementar la línea de acción: Autoevaluación.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - 2021

Nombre de la IPRESS	CSMI EL PORVENIR											
Jefe(a) del Centro de Salud	DR. EDGAR RAMOS CASTRO											
Encargado(a) de Calidad	DRA. JANETT GARCÍA ORIHUELA											
FASE REMOTA: Las actividades se realizarán de manera virtual												
Actividad	Responsable	(...)	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Socialización de las Normas técnicas y el marco legal por medio de correo electrónico o reunión virtual	OGC-DIRIS LC	X			X							
Convocatoria virtual para exponer la necesidad de realizar el proceso de Autoevaluación	OGC-DIRIS LC				X							
Propuestas de Evaluadores Internos a capacitar por cada IPRESS	IPRESS I nivel				X							
Listado de servidores a capacitar como evaluadores Internos	OGC-DIRIS LC				X							
Capacitación virtual a los Evaluadores Internos por parte de la DIRIS de Lima Centro.	OGC DIRIS LC				X	X						
Designación de Autoevaluadores Internos (mínimo 5)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
Elaboración del Plan de Autoevaluación y envío a la DIRIS de Lima Centro (virtual al correo calidad@dirislimacentro.gob.pe)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
FASE PRESENCIAL: Ejecución de la Autoevaluación												
Actividad	Responsable	(...)	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro (documentado o virtual al correo calidad@dirislimacentro.gob.pe)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
Reunión presencial de apertura para socializar las metas, objetivos, actividades de la Autoevaluación con el Equipo de Salud de la IPRESS	Gestor de la Calidad y Equipo de Evaluadores. Internos								X	X	X	
Ejecución de la Autoevaluación	Equipo de Evaluadores. Internos								X	X	X	
Recolección de la información e ingreso de datos en Aplicativo	OGC DIRIS -LC								X	X	X	
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Jefatura, Gestor de la Calidad, OGC DIRIS LC									X	X	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

ANEXO N°01

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2021-A

Nombre de la IPRESS	CSMI EL PORVENIR														
Jefe(a) del Centro de Salud	DR. EDGAR RAMOS CASTRO														
Actividad	Responsable	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	Grupo 1	X													
Designación responsable por cada macroproceso	Grupo 2	X													
Presentación del PLAN a dirección	Grupo 3	X													
Reunión de trabajo con el equipo evaluador-análisis final del listado de estándares de acreditación	Grupo 4	X													
Presentación del plan a jefes de servicio, personal	Grupo 1	X													
MACROPROCESOS															
Direccionamiento	Grupo 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión de Recursos Humanos	Grupo 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión de Calidad	Grupo 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Manejo de Riesgo de atención	Grupo 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Gestión de Seguridad ante Desastres	Grupo 4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Control de la gestión y prestación	Grupo 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atención ambulatoria	Grupo 4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atención Extramural	Grupo 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atención de Hospitalización	Grupo 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atención de Emergencias	Grupo 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Grupo 4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Atención de Alta	Grupo 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

Anexo 2: Modelo de Informe Técnico

INFORME TÉCNICO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2021

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente, en cumplimiento al Plan de Autoevaluación 2021 del y habiendo realizado las actividades programadas en el mismo, informo a usted los resultados de la Evaluación Interna.

I. **Presentación**

El presente informe es producto de la autoevaluación realizada el año en curso en el La autoevaluación se hizo efectiva del..... de..... al..... de y estuvo a cargo de un equipo de Evaluadores Internos, capacitados, quienes cumplieron a cabalidad con lo estipulado en el Plan de Autoevaluación aprobado con

Objetivos

Objetivo General:

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2021 en el

Objetivos Específicos:

- O.E.1** Desarrollar instrumentos para facilitar la evaluación de criterios del listado de estándares de acreditación.
- O.E.2** Evaluar a las unidades orgánicas delsegún criterios del listado de estándares de acreditación.
- O.E.3** Analizar la información generada del proceso de autoevaluación.
- O.E.4** Socializar los resultados del proceso de autoevaluación.

II. **Alcance**

Todas las unidades orgánicas del

III. **Metodología de evaluación**

El Equipo de Evaluadores Internos del..... utilizó diversas técnicas que están de acuerdo a la normativa, tales como:

- Verificación/Revisión.
- Observación.
- Entrevista.
- Muestreo



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

- Encuesta.
- Auditoría.

El Instrumento para la evaluación que se utilizó fue el Listado de Estándares de Acreditación el mismo que contiene los macroprocesos a evaluar, de los cuales se evaluaron..... macroprocesos. Se usaron también los formatos para la evaluación que incluye las Hojas de Registro de Datos, la Hoja de Recomendaciones y la Calificación de la evaluación.

La metodología para la evaluación fue la siguiente:

- Se realizó la visita a las instalaciones con el equipo de evaluadores internos.
- Se aplicaron las técnicas de evaluación y los instrumentos de evaluación.
- Se contó con la presencia y participación de los responsables de todas las Unidades Orgánicas del.....
- Se desarrolló la retroalimentación con los responsables de las Unidades Orgánicas.
- Se llevó a cabo el procesamiento de datos y análisis de resultados.

IV. Equipo Evaluador

Se conformó un equipo de evaluadores internos multidisciplinario, contando con médicos, enfermeras, personal administrativo, entre otros.

V. Cumplimiento del Plan

La evaluación interna del se programó del ...deal.....de..... del 2021, con la participación de un equipo multidisciplinario de evaluadores internos conformado por personal profesional, técnico, administrativo, etc. del.....

Las actividades del Plan de Autoevaluación fueron ejecutadas, (narrar brevemente como se llevó a cabo el proceso, ventajas, fortalezas, dificultades, inconvenientes, etc.)

El plan se dividió en 3 fases:

- Fase de Preparación:
- Fase de ejecución de la autoevaluación:
- Fase de análisis de la información:



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

VI. Observaciones

VII. Puntaje alcanzado

En la evaluación interna se obtuvo un puntaje general de ...%. El detalle del puntaje de cada macroproceso se puede observar en la Tabla N° 02, obtenido del aplicativo de Acreditación MINSA:

Tabla N° 02. RESUMEN DE EVALUACIÓN INTERNA 2021 DEL

CATEGORÍA	MACROPROCESOS	Criterios evaluación	Puntaje Máximo por Macroproceso	Puntaje Obtenido x Macroproceso	Cumplimiento x Macroproceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
			Total	Total	%	Total	Total	%
GERENCIAL	Direccionamiento							
	Gestión de recursos humanos							
	Gestión de la calidad							
	Manejo del riesgo de atención							
	Gestión de seguridad ante desastres							
	Control de la gestión y prestación							
PRESTACIONAL	Atención ambulatoria							
	Atención extramural							
	Atención de hospitalización							
	Atención de emergencias							
	Atención quirúrgica							
APOYO	Docencia e Investigación							
	Apoyo diagnóstico y tratamiento							
	Admisión y alta							
	Referencia y contra referencia							
	Gestión de medicamentos							
	Gestión de la información							
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización							
	Manejo del riesgo social							
	Manejo de nutrición de pacientes							
	Gestión de insumos y materiales							
Gestión de equipos e infraestructura								
Total						Puntaje Final (%)		



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 003	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.M.I. E.P. V01

VIII. Conclusiones

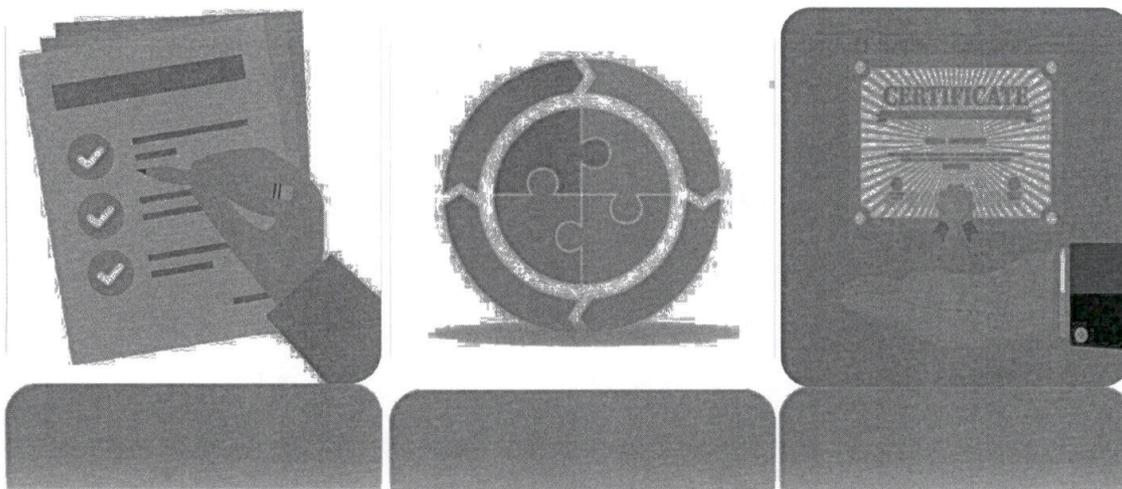
IX. Recomendaciones

- R.1 Recomendaciones Orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría Gerencial:
 R.2 Recomendaciones orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría Prestacional:
 R.3 Recomendaciones orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría de Apoyo:

 Evaluador líder



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01



MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
LIMA CENTRO

DIRECCION EJECUTIVA DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN 2021

CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA

RUBRO	A CARGO DE	FECHA
ELABORACIÓN	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DIRECCION DE MONITOREO Y GESTION SANITARIA CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA	
REVISIÓN	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y MODERNIZACION	
APROBACIÓN	DIRECCION GENERAL	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

I.	TITULO.....	1
II.	INDICE.....	2
III.	INTRODUCCIÓN.....	3
IV.	FINALIDAD.....	3
V.	OBJETIVOS.....	4
5.1.	Objetivo General	4
5.2.	Objetivos Específicos	4
VI.	BASE LEGAL.....	4
VII.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
VIII.	CONTENIDO	5
IX.	RESPONSABILIDADES.....	9
X.	ANEXOS.....	10



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

III.INTRODUCCIÓN

En el año 2020 entre marzo y abril todo el país se vio inmerso ante una Pandemia que dificultaría todo tipo de trámites y gestiones que supongan las reuniones de coordinación, visitas a los Centros de Salud, trabajo de campo entre otros debido al alto grado de contagio que experimentamos entre los meses de mayo hasta fines de setiembre. Esto hizo un llamado a la innovación y adaptación a diferentes circunstancias que permitan dar continuidad a los acuerdos de los Planes establecidos, entrando a un modo (en su mayoría) digital, permitiendo hacer uso de todo tipo de medios de conectividad. A pesar de que la situación esté relativamente más controlada, nos vemos en la necesidad de dar continuidad a las recomendaciones e indicaciones de la RM N° 193-2020-MINSA.

En este sentido, hasta el término de la elaboración de los Planes al 2021 se vio por conveniente ajustar los procesos detallados en el presente Plan a fin de mantener las precauciones respectivas.

En el marco de la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" se consideran los establecimientos de salud de todos los niveles de atención de salud que ahora por el Aseguramiento Universal se denominan Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPRESS), lo cual constituye un reto que plantea un mecanismo de garantía de la Calidad de los Servicios de Salud sostenibles en el tiempo.

La acreditación de la IPRESS, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de una IPRESS, tiene como base la comparación del desempeño del prestador de salud en merito a un conjunto de estándares óptimos y factibles de alcanzar, ligado con elementos de estructura, un conjunto de procesos y resultados, orientado al trabajo cotidiano de promover la mejora continua de los procesos que redunde en la satisfacción de los usuarios de los servicios como en los trabajadores.

Para iniciar el proceso de acreditación, cuya primera fase es la autoevaluación de la IPRESS el cual es de carácter obligatorio, para tal efecto se cuenta con un equipo de evaluadores internos multidisciplinario, capacitados en el proceso de autoevaluación.

Al realizar una autoevaluación, la IPRESS reflexionara sobre los problemas que puedan surgir en dicho proceso, a fin de lograr la implementación de las tareas en busca de la mejora continua de la calidad con miras a la Acreditación.

IV. FINALIDAD

La IPRESS deberá implementar el proceso de autoevaluación en el período 2021 desde su fase de Programación hasta la Presentación del Informe entre Diciembre y Enero del 2022 en concordancia con la Norma Técnica de Salud N° 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo – Listado de estándares de acreditación.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Promover el uso e implementación de instrumentos y metodologías para el proceso de AUTOEVALUACION en el marco de la ACREDITACION por el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Nivel de Atención según la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

5.2. Objetivos Específicos

- Establecer la Programación de la Autoevaluación para definir las actividades que permitan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación de los Macroprocesos en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del primer Nivel de Atención.
- Coordinar con los Establecimientos de Salud las actividades del proceso de acreditación a ser realizados según el cronograma de Actividades.
- Capacitar a los Gestores de la Calidad en el uso correcto de los instrumentos a utilizar para fortalecer sus competencias.
- Determinar la brecha de los Criterios evaluados en cada uno de los Macroprocesos con la finalidad de plantear acciones de Mejora Continua en el establecimiento de salud del primer Nivel de Atención.
- Promover la implementación de la mejora continua en los meses posteriores.

VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 1161, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
- Decreto Legislativo N° 1161, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial 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".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA del 23 de abril de 2009 que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

- **Resolución Ministerial N° 467-2017-MINSA**, de fecha 16 de junio del 2017, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- **Resolución Directoral N° 090/2017-DE-DIRIS LC** del 19 de mayo del 2017, aprueba el anexo N°08, fuente de Verificación para establecimientos del primer nivel de atención.
- **Resolución Directoral N° 276 – 2020 – DG –DIRIS – LC** que aprueba el Plan de Acciones Presenciales y Remotas en Gestión de la Calidad durante la Pandemia por el COVID 19
- **Resolución Ministerial N° 004-2021/MINSA** que aprueba la **NTS N°171-MINSA/2021/DGAIN**: "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú".
- **Resolución Directoral N° 049-2021 -DG-DIRIS-LC** que aprueba el Plan Anual de Trabajo en Gestión de la Calidad 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
 - **Resolución Directoral N° 241 - 2021 -DG -DIRIS – LC** que aprueba el Plan de Autoevaluación 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
 - **Resolución Directoral N° 370 -2021-DG- DIRIS-LC** que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la Dirección de Redes Integradas de Salud para el periodo 2021-2022

VII. AMBITO DE APLICACIÓN

Este Plan es aplicable en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja del Primer Nivel de Atención en Salud de la jurisdicción de la DIRIS Lima Centro.

VIII. CONTENIDO

8.1. Definiciones

ACCESO: La capacidad de los usuarios o grupos de alcanzar o usar los servicios que están disponibles o se necesitan, y que son brindados de la manera más apropiada.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad de acceso a cierto objetivo o facilidad para hacerlo con la ayuda de algún elemento adicional que permita dicho fin.

ACREDITACIÓN: Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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.

AUTOEVALUACIÓN: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

EVALUACION: Estudio de un fenómeno, o del grado de un evento en relación a la capacidad para lograr metas, resultados esperados en una organización, servicio, programa, población o usuarios.

EVALUADOR INTERNO: Es el Trabajador de Salud que realiza la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

PROCESO: Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

MACROPROCESO: Es un proceso de mayor complejidad en una organización, el cual a su vez agrupa varios sub-procesos relacionados entre sí y permiten ordenar la información revisada durante el proceso de Autoevaluación.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

ESTANDAR; Sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia que reúnen los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional.

CRITERIOS DE EVALUACION; Parámetros referenciales que determinan el grado del cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION; Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función a los macro procesos que se realizan en todo el Establecimiento de Salud o Servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

INFORME TECNICO DE LA AUTOEVALUACION; Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en la cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para el conocimiento de la autoridad institucional.

8.2. Metodología

1. El Médico Jefe del Establecimiento de Salud en coordinación con el encargado de Gestión de la Calidad de la IPRESS, deberá convocar a todo el personal del Establecimiento de forma virtual y asegurar una adecuada accesibilidad (por correo electrónico, audio de WhatsApp u otro medio digital) para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACION



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

como un instrumento que nos hará ver nuestras fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno y el resultado obtenido no implicará observaciones del nivel jerárquico inmediato superior.

- El encargado de Gestión de la Calidad del Establecimiento deberá socializar las normas técnicas: Norma Técnica Sanitaria Nº 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, el Listado de estándares y la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a todo el personal para conocimiento; el acceso a estas referencias normativas debería ser por medios digitales
- Se debe proceder a seleccionar a los evaluadores internos del Establecimiento de Salud; quienes conformen este Equipo de Autoevaluación deben ser personal imparcial, objetivo, guardar la confidencialidad en la información, debe haber participado en la elaboración del plan o tener conocimiento del mismo y colaborar en la elaboración del informe técnico final.
- Definido el equipo de Evaluadores Internos, el médico jefe tendrá que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica la función encomendada; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. El Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario y debe estar compuesto mínimo por 5 (cinco) evaluadores internos, quienes deben elegir al líder del equipo. En cuanto a la conformación del equipo, debe considerarse lo siguiente: 2 (dos) evaluadores médicos, 1 (uno) evaluador profesional no médico y 2 (dos) evaluadores para los servicios médicos de apoyo; esto es **adaptable** a la realidad de cada IPRESS. Llenar el siguiente :

Equipo de Autoevaluación del Centro de Salud Conde de la Vega Baja		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión
Integrante	Yesenia Manrique Torres	Médico
Integrante	Katherina Rojas Montenegro	Técnico Administrativo
Integrante	Teodora Apolinario Laureano	Enfermera
Lider	Giovanna Quintanilla Ochoa	Obstetra
Integrante	Ana Guillen Alarcón	Lic. En Administración
Integrante	Mirtha Reyes Saravia	Técnica de Enfermería

- Capacitación de los evaluadores internos para familiarizarlos con el LISTADO DE ESTANDARES que se va a aplicar en el proceso , que dependerá de la categoría de la IPRESS . estos estándares están divididos en : (1) Macroproceso, el objetivo y el alcance de la autoevaluación , (2) el código del estándar, (3) el estándar (4) los atributos relacionados al estándar (5) la referencia normativa nacional sectorial y (6) los criterios



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

devaluación . Lo recomendable para la evaluación es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar , preguntar si todos los participantes entendieron el criterio y el estándar de la misma forma. Se debe tener siempre presente el enunciado del estándar y sus despliegue en los criterios , para luego relacionarlos con los objetivos y alcances del macroproceso con los atributos de calidad y con las referencias normativas . Es importante que el equipo Autoevaluador identifique cuales son las posibles fuentes auditables y como desarrollara soportes que puedan encontrarse en la organización. Se deben preparar instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar. Se recomienda sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Se califica cada proceso del estándar utilizando la escala de calificación considerada en el Listado de estándares 0, 1, 2 según lo indicado en cada criterio de evaluación (realizar simulaciones como entrenamiento)

- TÉCNICAS DE EVALUACIÓN A UTILIZAR:
 - **Verificación/Revisión de documentos;** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
 - **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
 - **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
 - **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
 - **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
 - **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecido
- Formatos con los listados de estándares que se van a aplicar.
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación (evaluación interna)
- Hojas de recomendaciones. (se recomienda revisar los ANEXOS de la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de los Establecimientos de Salud y los Servicios médicos de apoyo)

6. Presentar el Plan de Autoevaluación -2021 del Establecimiento Centro de Salud Conde de la Vega Baja a todo el personal de la IPRESS y enviarlo a la DIRIS Lima Centro en virtual y en físico



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

7. Comunicar el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro (de manera documentaria) . Debe realizarse una reunión de apertura en donde se debe socializar los objetivos y presentar al equipo evaluador
8. Llevar a cabo la AUTOEVALUACIÓN , aplicando la lista de chequeo que vienen a ser los estándares por cada Macroproceso con los criterios de evaluación correspondientes. Paralelamente se debe llenar la **Hoja de Registro de Autoevaluación** , los puntajes obtenidos y plasmados en esta hoja deberán ser ingresados al aplicativo "acreditación "
9. Con el resultado dado por el aplicativo "acreditación" se debe elaborar el informe técnico final de acuerdo al modelo del Anexo 2
10. Se debe realizar una reunión de cierre , en donde se debe dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido
11. El informe técnico final debe ser enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de la Calidad

IX. RESPONSABILIDADES

- **Oficina de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la DIRIS Lima Centro**
 - Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación
- **Jefatura del Establecimiento de Salud y/o Puesto de Salud que realiza el Proceso de Autoevaluación**
 - Brindar las facilidades y recursos para que la IPRE.S.S implementen el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.
- **Equipo de Gestores de la Calidad**
 - Implementar la línea de acción: Autoevaluación.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

Anexo 1: Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - 2021

Nombre de la IPRESS	CS CONDE DE LA VEGA BAJA											
Jefe(a) del Centro de Salud	MC ROCIO JIMENEZ CAMANA											
Encargado(a) de Calidad	OBSTETRA GIOVANNA QUINTANILLA OCHOA											
FASE REMOTA: Las actividades se realizarán de manera virtual												
Actividad	Responsable	(...)	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Socialización de las Normas técnicas y el marco legal por medio de correo electrónico o reunión virtual	OGC-DIRIS LC	X			X							
Convocatoria virtual para exponer la necesidad de realizar el proceso de Autoevaluación	OGC-DIRIS LC				X							
Propuestas de Evaluadores Internos a capacitar por cada IPRESS	IPRESS I nivel				X							
Listado de servidores a capacitar como evaluadores Internos	OGC-DIRIS LC				X							
Capacitación virtual a los Evaluadores Internos por parte de la DIRIS de Lima Centro.	OGC DIRIS LC				X	X						
Designación de Autoevaluadores Internos (mínimo 5)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
Elaboración del Plan de Autoevaluación y envío a la DIRIS de Lima Centro (virtual al correo calidad@dirislimacentro.gob.pe)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
FASE PRESENCIAL: Ejecución de la Autoevaluación												
Actividad	Responsable	(...)	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro (documentado o virtual al correo calidad@dirislimacentro.gob.pe)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
Reunión presencial de apertura para socializar las metas, objetivos, actividades de la Autoevaluación con el Equipo de Salud de la IPRESS	Gestor de la Calidad y Equipo de Evaluadores. Internos								X	X	X	
Ejecución de la Autoevaluación	Equipo de Evaluadores. Internos								X	X	X	
Selección de la información e ingreso de datos en Aplicativo	OGC DIRIS -LC								X	X	X	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

Anexo 2: Modelo de Informe Técnico

INFORME TÉCNICO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO.....

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente, en cumplimiento al Plan de Autoevaluación 2019 aprobado el..... y habiendo realizado las actividades programadas en el mismo, informo a usted los resultados de la Evaluación Interna.

I. **Presentación**

El presente informe es producto de la autoevaluación realizada el año en curso en el La autoevaluación se hizo efectiva del..... de..... al..... de y estuvo a cargo de un equipo de Evaluadores Internos, capacitados, quienes cumplieron a cabalidad con lo estipulado en el Plan de Autoevaluación aprobado con

Objetivos

Objetivo General:

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2019 en el

Objetivos Específicos:

- O.E.1** Desarrollar instrumentos para facilitar la evaluación de criterios del listado de estándares de acreditación.
- O.E.2** Evaluar a las unidades orgánicas delsegún criterios del listado de estándares de acreditación.
- O.E.3** Analizar la información generada del proceso de autoevaluación.
- O.E.4** Socializar los resultados del proceso de autoevaluación.

II. **Alcance**

Todas las unidades orgánicas del

III. **Metodología de evaluación**

El Equipo de Evaluadores Internos del..... utilizó diversas técnicas que están de acuerdo a la normativa, tales como:

- Verificación/Revisión.
- Observación.
- Entrevista.
- Muestreo



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

V. Cumplimiento del Plan

La evaluación interna del se programó del ...deal.....de..... del 2021, con la participación de un equipo multidisciplinario de evaluadores internos conformado por personal profesional, técnico, administrativo, etc. del.....

Las actividades del Plan de Autoevaluación fueron ejecutadas, (narrar brevemente como se llevó a cabo el proceso, ventajas, fortalezas, dificultades, inconvenientes, etc.)

El plan se dividió en 3 fases:

- Fase de Preparación:
- Fase de ejecución de la autoevaluación:
- Fase de análisis de la información:

VI. Observaciones

VII. Puntaje alcanzado

En la evaluación interna se obtuvo un puntaje general de ...%. El detalle del puntaje de cada macroproceso se puede observar en la Tabla N° 02, obtenido del aplicativo de Acreditación MINSa:

Tabla N° 02. RESUMEN DE EVALUACIÓN INTERNA 2021 DEL

CATEGORÍA	MACROPROCESOS	Criterios evaluación	Puntaje Máximo por Macroproceso	Puntaje Obtenido x Macroproceso	Cumplimiento x Macroproceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
			Total	Total	%	Total	Total	%
GERENCIAL	Direccionamiento							
	Gestión de recursos humanos							
	Gestión de la calidad							
	Manejo del riesgo de atención							
	Gestión de seguridad ante desastres							
	Control de la gestión y prestación							
PRESTACIONAL	Atención ambulatoria							
	Atención extramural							
	Atención de hospitalización							
	Atención de emergencias							
	Atención quirúrgica							
APOYO	Docencia e Investigación							
	Apoyo diagnóstico y tratamiento							
	Admisión y alta							
	Referencia y contra referencia							
	Gestión de medicamentos							
	Gestión de la información							
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización							
	Manejo del riesgo social							
	Manejo de nutrición de pacientes							
	Gestión de insumos y materiales							
	Gestión de equipos e infraestructura							
	Total						Puntaje Final (%)	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 004	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS-C.S.C.D.L.V.B. V01

VIII. Conclusiones

IX. Recomendaciones

R.1 Recomendaciones Orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría Gerencial:

R.2 Recomendaciones orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría Prestacional:

R.3 Recomendaciones orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría de Apoyo:

Evaluador líder



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01



MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTION SANITARIA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN 2021

Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig"

RUBRO	A CARGO DE	V°B°	FECHA
ELABORACIÓN	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DIRECCION DE MONITOREO Y GESTION SANITARIA CERITSS RAUL PATRUCCO PUIG		
REVISIÓN	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y MODERNIZACION		
APROBACIÓN	DIRECCION GENERAL		



PERÚ

Ministerio de Salud

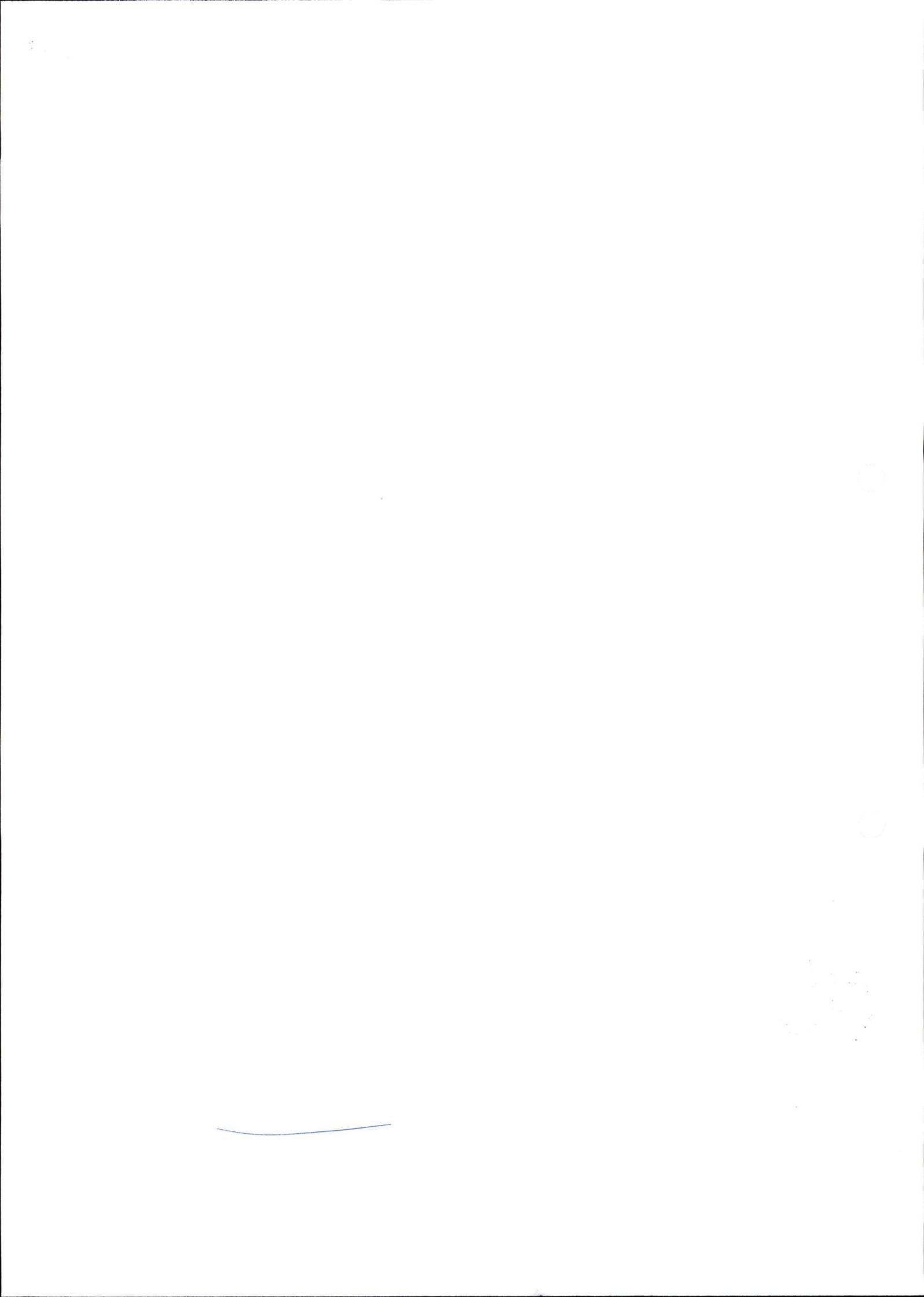
Dirección de Redes Integradas
de Salud Lima Centro"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

II. INDICE

II. INDICE.....	1
III. INTRODUCCIÓN.....	3
IV. FINALIDAD	3
V. OBJETIVOS	3
5.1. Objetivo General	3
5.2. Objetivos Específicos	3
VI. BASE LEGAL.....	4
VII. AMBITO DE APLICACIÓN	5
VIII. CONTENIDO	5
IX. RESPONSABILIDADES.....	8
X. ANEXOS.....	10





Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

III. INTRODUCCIÓN

En el año 2020 entre marzo y abril todo el país se vio inmerso en una Pandemia que hizo difícil todo tipo de trámites y gestiones en el respeto del protocolo para el COVID 19 normado por MINSa debido al alto grado de contagio que experimentamos entre los meses de mayo hasta fines de setiembre; es así, que las reuniones de coordinación, el trabajo de campo entre otros no se realizaron. Esto hizo un llamado a la innovación y adaptación a diferentes circunstancias que permitan dar continuidad a los acuerdos de los Planes establecidos, implementándose el uso de herramientas digitales, permitiendo hacer uso de todo tipo de medios de conectividad. Actualmente, a pesar de que la situación está relativamente más controlada, es importante realizar la autoevaluación como una herramienta para diagnosticar la situación en salud del Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".

La Autoevaluación en la IPRESS, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios, tiene como base la comparación del desempeño del prestador de salud en merito a un conjunto de estándares óptimos y factibles de alcanzar, ligado con elementos de estructura, un conjunto de procesos y resultados, orientado a que el trabajo cotidiano redunde en la satisfacción de los usuarios de los servicios como en los trabajadores.

IV. FINALIDAD

Implementar el proceso de autoevaluación en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig" en el período 2021, desde su fase de Programación hasta la Presentación del Informe entre diciembre 2021 y enero del 2022 en concordancia con la Norma Técnica de Salud Nº 050 – MINSa/DGSP V.02. Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo – Listado de estándares de acreditación.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Promover el uso e implementación de instrumentos y metodologías para el proceso de AUTOEVALUACION en el marco de la ACREDITACION en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".

5.2. Objetivos Específicos

Establecer la Programación de la Autoevaluación para definir las actividades que permitan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación de los Macroprocesos en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".

Determinar la brecha de los Criterios evaluados en cada uno de los Macroprocesos con la finalidad de plantear acciones de Mejora Continua en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".

Socializar el resultado final de la Autoevaluación para promover la implementación de la mejora continua en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

- Capacitar a los Gestores de la Calidad en el uso correcto de los instrumentos a utilizar para fortalecer sus competencias en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".

VI. BASE LEGAL

- **Ley Nº 26842**, "Ley General de Salud".
- **Ley Nº 1161**, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- **Ley Nº 27783**, "Ley de Bases de la Descentralización".
- **Decreto Legislativo Nº 1161**, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- **Decreto Supremo Nº 013-2006-SA** que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- **Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA**, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- **Resolución Ministerial Nº 456 2007/MINSA** que aprueba la **Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02** "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- **Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA** del 23 de abril de 2009 que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA**, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud.
- **Decreto Supremo Nº 008-2017-SA** que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial Nº 467-2017-MINSA**, de fecha 16 de junio del 2017, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM Nº523-2017/MINSA.
- **Resolución Directoral Nº 090/2017-DE-DIRIS LC** del 19 de mayo del 2017, aprueba el anexo Nº08, fuente de Verificación para establecimientos del primer nivel de atención.
- **Resolución Directoral Nº 276 – 2020 – DG –DIRIS – LC** que aprueba el Plan de Acciones Presenciales y Remotas en Gestión de la Calidad durante la Pandemia por el COVID 19
- **Resolución Ministerial Nº 004-2021/MINSA** que aprueba la **NTS Nº171-MINSA/2021/DGAIN**: "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú".
- **Resolución Directoral Nº 049-2021 -DG-DIRIS-LC** que aprueba el Plan Anual de Trabajo en Gestión de la Calidad 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
- **Resolución Directoral Nº 241 - 2021 -DG -DIRIS – LC** que aprueba el Plan de Autoevaluación 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
- **Resolución Directoral Nº 370 -2021-DG- DIRIS-LC** que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la Dirección de Redes Integradas de Salud para el periodo 2021-202



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

VII. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan tiene alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B “Raúl Patrucco Puig”, de la jurisdicción de la DIRIS Lima Centro.

VIII. CONTENIDO

8.1. Definiciones

8.1.1. Definiciones Generales

ACCESO: La capacidad de los usuarios o grupos de alcanzar o usar los servicios que están disponibles o se necesitan, y que son brindados de la manera más apropiada.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad de acceso a cierto objetivo o facilidad para hacerlo con la ayuda de algún elemento adicional que permita dicho fin.

ACREDITACIÓN: Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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.

AUTOEVALUACIÓN: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

EVALUACION: Estudio de un fenómeno, o del grado de un evento en relación a la capacidad para lograr metas, resultados esperados en una organización, servicio, programa, población o usuarios.

EVALUADOR INTERNO: Es el Trabajador de Salud que realiza la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

PROCESO: Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

MACROPROCESO: Es un proceso de mayor complejidad en una organización, el cual a su vez agrupa varios sub-procesos relacionados entre sí y permiten ordenar la información revisada durante el proceso de Autoevaluación.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

8.1.2. Definiciones Específicas

ESTANDAR; Sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia que reúnen los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional.

CRITERIOS DE EVALUACION; Parámetros referenciales que determinan el grado del cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION; Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función a los macro procesos que se realizan en todo el Establecimiento de Salud o Servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

INFORME TECNICO DE LA AUTOEVALUACION; Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en la cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para el conocimiento de la autoridad institucional.

8.2. Metodología

1. El Médico Jefe del Establecimiento de Salud en coordinación con la responsable de Gestión de la Calidad en el Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig", deberá convocar a todo el personal del Establecimiento de forma virtual y asegurar una adecuada accesibilidad (Por correo electrónico, audio de WhatsApp u otro medio digital) para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACION como un instrumento que nos hará ver nuestras fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un **proceso interno y el resultado obtenido no implicará observaciones del nivel jerárquico inmediato superior.**
2. El responsable de la Gestión de la Calidad del Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig", **socializará las normas técnicas: Norma Técnica Sanitaria N° 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo – Listado de estándares y la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo** a todo el personal, para conocimiento del todo el personal brindándole acceso a las diferentes fuentes de información usando herramientas digitales de mensajería rápida.
3. Se procederá a **conformar el EQUIPO de EVALUADORES INTERNOS** del Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig", quienes conformen este Equipo de Autoevaluación deben ser personal imparcial, objetivo, guardar la confidencialidad en la información, debe haber participado en la elaboración del plan o tener conocimiento del mismo y colaborar en la elaboración del informe técnico final.
4. Definido el equipo de Evaluadores Internos, el médico jefe tendrá que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica la función encomendada; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. El Equipo evaluador



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

tiene carácter multidisciplinario y debe estar compuesto mínimo por 5 (cinco) evaluadores internos, quienes deben elegir al líder del equipo. 2 (dos) evaluadores médicos, 1 (uno) evaluador profesional no médico y 2 (dos) evaluadores para los servicios médicos de apoyo. El equipo de evaluadores internos está conformado por el siguiente personal :

Equipo de Autoevaluación del Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig"		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión
Líder	Dr. Raúl Nalvarte Tambini	Médico (Líder)
Integrante	Lic. Isabel Tarazona Reyes	Tecnólogo médico
Integrante	Dr. Carlos Lozada	Médico
Integrante	Lic. Sonia Ruiz Gonzales	Enfermera
Integrante	Dra. Teresa Lozada Paz	Odontóloga
Integrante	Lic. Félix Acuña	Químico Farmacéutico

5. Capacitación de los evaluadores internos para familiarizarlos con el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría I – 3 y servicios médicos de apoyo. Estos estándares están divididos en: (1) Macroproceso, el objetivo y el alcance de la autoevaluación, (2) el código del estándar, (3) el estándar (4) los atributos relacionados al estándar (5) la referencia normativa nacional sectorial y (6) los criterios de evaluación. Se recomienda para la evaluación leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron el criterio y el estándar de la misma forma. Se debe tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios, para luego relacionarlos con los objetivos y alcances del macroproceso con los atributos de calidad y con las referencias normativas. Es importante que el equipo Autoevaluador identifique cuales son las posibles fuentes auditables y como desarrollará soportes que puedan encontrarse en la organización. Se deben preparar instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar. Se recomienda sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Se califica cada proceso del estándar utilizando la escala de calificación considerada en el Listado de estándares 0, 1, 2 según lo indicado en cada criterio de evaluación (realizar simulaciones como entrenamiento).

• TÉCNICAS DE EVALUACIÓN A UTILIZAR:

- **Verificación/Revisión de documentos;** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
 - **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
 - **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
 - **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecido
 - Formatos con los listados de estándares que se van a aplicar.
 - Hoja de registro de datos de la autoevaluación (evaluación interna)
 - Hojas de recomendaciones. (se recomienda revisar los ANEXOS de la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de los Establecimientos de Salud y los Servicios médicos de apoyo).
6. Presentar el Plan de Autoevaluación -2021 del Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig" a todo el personal del establecimiento de salud y enviarlo a la DIRIS Lima Centro en virtual y en físico.
 7. Comunicar el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro (de manera documentaria). Debe realizarse una reunión de apertura en donde se debe socializar los objetivos y presentar al equipo evaluador.
 8. Llevar a cabo la AUTOEVALUACIÓN, aplicando la lista de chequeo que vienen a ser los estándares por cada Macroproceso con los criterios de evaluación correspondientes. Paralelamente se debe llenar la Hoja de Registro de Autoevaluación, los puntajes obtenidos y plasmados en esta hoja deberán ser ingresados al aplicativo "acreditación".
 9. Con el resultado dado por el aplicativo "acreditación" se debe elaborar el informe técnico final de acuerdo al modelo del Anexo 2.
 10. Se debe realizar una reunión de cierre, en donde se debe dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
 11. El informe técnico final debe ser enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de la Calidad.

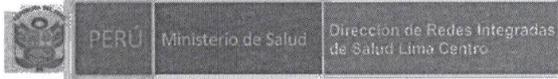


IX.

RESPONSABILIDADES

- **Oficina de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la DIRIS Lima Centro**
 - Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación.
- **Jefatura del Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig".**
 - Brindar las facilidades y recursos para que la IPRE.S.S implementen el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

- **Equipo de Gestores de la Calidad.**
 - Implementar la línea de acción: Autoevaluación.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

X. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - 2021

Nombre de la IPRESS	Centro Especializado de Referencias en Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Hepatitis B "Raúl Patrucco Puig",											
Jefe(a) del Centro de Salud	Dr. Marcos Sergio Munive Guerrero											
Encargado(a) de Calidad	Ps. Jenny Ríos Gamboa											
FASE REMOTA: Las Actividades Se realizaran de manera virtual												
Actividad	Responsable	(...)	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Socialización de las Normas técnicas y el marco legal por medio de correo electrónico o reunión virtual.	OGC-DIRIS LC	X			X							
Convocatoria virtual para exponer la necesidad de realizar el proceso de Autoevaluación.	OGC-DIRIS LC				X							
Propuestas de Evaluadores Internos a capacitar por cada IPRESS	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad				X							
Listado de servidores a capacitar como evaluadores Internos	OGC-DIRIS LC				X							
Capacitación virtual a los Evaluadores Internos por parte de la DIRIS de Lima Centro.	OGC-DIRIS LC				X	X						
Designación de Autoevaluadores Internos (mínimo 5)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
Elaboración del Plan de Autoevaluación y envío a la DIRIS de Lima Centro (virtual al correo calidad@dirislimacentro.gob.pe)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
FASE PRESENCIAL: Ejecución de la Autoevaluación												
Actividad	Responsable	(...)	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro (documentado o virtual al correo calidad@dirislimacentro.gob.pe)	Jefatura de IPRESS y Gestor de Calidad								X			
Reunión presencial de apertura para socializar las metas, objetivos, actividades de la Autoevaluación con el Equipo de Salud de la IPRESS	Gestor de la Calidad y Equipo de Evaluadores. Internos								X	X	X	
Ejecución de la Autoevaluación	Equipo de Eval. Internos								X	X	X	
Recolección de la información e ingreso de datos en Aplicativo	OGC DIRIS -LC								X	X	X	
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Jefatura, Gestor de la Calidad, OGC DIRIS LC									X	X	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

Anexo 2: Modelo de Informe Técnico

INFORME TÉCNICO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL AÑO 2021

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente, en cumplimiento al Plan de Autoevaluación 2019 aprobado el..... y habiendo realizado las actividades programadas en el mismo, informo a usted los resultados de la Evaluación Interna.

I. Presentación

El presente informe es producto de la autoevaluación realizada el año en curso en el La autoevaluación se hizo efectiva del..... de..... al..... de y estuvo a cargo de un equipo de Evaluadores Internos, capacitados, quienes cumplieron a cabalidad con lo estipulado en el Plan de Autoevaluación aprobado con

Objetivos

Objetivo General:

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2019 en el

Objetivos Específicos:

- O.E.1** Desarrollar instrumentos para facilitar la evaluación de criterios del listado de estándares de acreditación.
- O.E.2** Evaluar a las unidades orgánicas delsegún criterios del listado de estándares de acreditación.
- O.E.3** Analizar la información generada del proceso de autoevaluación.
- O.E.4** Socializar los resultados del proceso de autoevaluación.

II. Alcance

Todas las unidades orgánicas del

III. Metodología de evaluación

El Equipo de Evaluadores Internos del..... utilizó diversas técnicas que están de acuerdo a la normativa, tales como:

- Verificación/Revisión.
- Observación.
- Entrevista.
- Muestreo



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

- Encuesta.
- Auditoría.

El Instrumento para la evaluación que se utilizó fue el Listado de Estándares de Acreditación el mismo que contiene los macroprocesos a evaluar, de los cuales se evaluaron..... macroprocesos. Se usaron también los formatos para la evaluación que incluye las Hojas de Registro de Datos, la Hoja de Recomendaciones y la Calificación de la evaluación.

La metodología para la evaluación fue la siguiente:

- Se realizó la visita a las instalaciones con el equipo de evaluadores internos.
- Se aplicaron las técnicas de evaluación y los instrumentos de evaluación.
- Se contó con la presencia y participación de los responsables de todas las Unidades Orgánicas del.....
- Se desarrolló la retroalimentación con los responsables de las Unidades Orgánicas.
- Se llevó a cabo el procesamiento de datos y análisis de resultados.

IV. Equipo Evaluador

Se conformó un equipo de evaluadores internos multidisciplinario, contando con médicos, enfermeras, personal administrativo, entre otros. Estos fueron designados mediante.....

V. Cumplimiento del Plan

La evaluación interna del se programó del ...deal.....de..... del 2019, con la participación de un equipo multidisciplinario de evaluadores internos conformado por personal profesional, técnico, administrativo, etc. del.....

Las actividades del Plan de Autoevaluación fueron ejecutadas, (narrar brevemente como se llevó a cabo el proceso, ventajas, fortalezas, dificultades, inconvenientes, etc.)

El plan se dividió en 3 fases:

- Fase de Preparación:
- Fase de ejecución de la autoevaluación:
- Fase de análisis de la información:



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

VI. Observaciones

VII. Puntaje alcanzado

En la evaluación interna se obtuvo un puntaje general de ...%. El detalle del puntaje de cada macroproceso se puede observar en la Tabla N° 02, obtenido del aplicativo de Acreditación MINSa:

Tabla N° 02. RESUMEN DE EVALUACIÓN INTERNA 2021 DEL

CATEGORIA	MACROPROCESOS	Criterios evaluación	Puntaje Máximo por Macroproceso	Puntaje Obtenido x Macroproceso	Cumplimiento x Macroproceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
			Total	Total	%	Total	Total	%
GERENCIAL	Direccionamiento							
	Gestión de recursos humanos							
	Gestión de la calidad							
	Manejo del riesgo de atención							
	Gestión de seguridad ante desastres							
PRESTACIONAL	Control de la gestión y prestación							
	Atención ambulatoria							
	Atención extramural							
	Atención de hospitalización							
APOYO	Atención de emergencias							
	Atención quirúrgica							
	Docencia e Investigación							
	Apoyo diagnóstico y tratamiento							
	Admisión y alta							
	Referencia y contra referencia							
	Gestión de medicamentos							
	Gestión de la información							
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización							
	Manejo del riesgo social							
Total	Manejo de nutrición de pacientes							
	Gestión de insumos y materiales							
	Gestión de equipos e infraestructura							
						Puntaje Final (%)		



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 005	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S.E.R.P.P. V01

VIII. Conclusiones

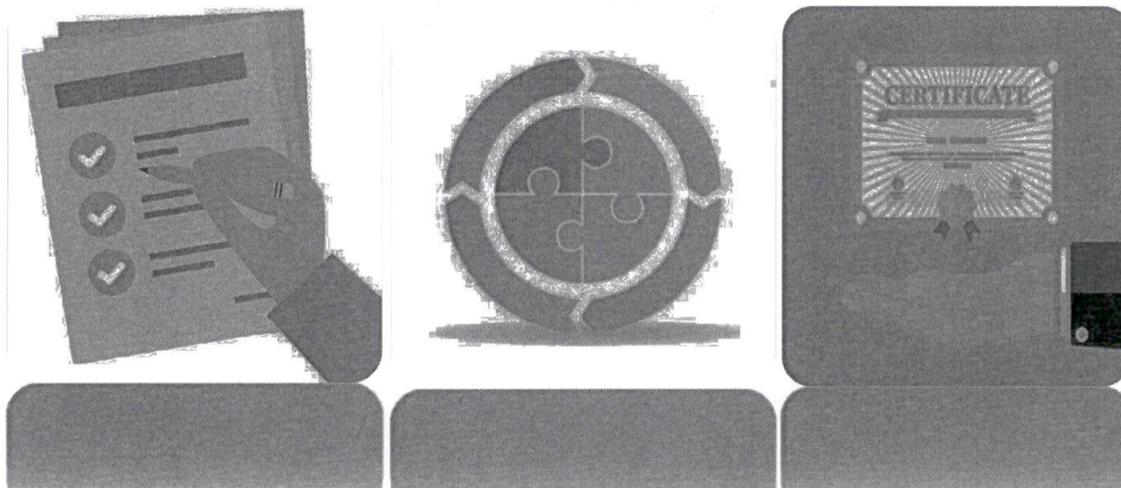
IX. Recomendaciones:

- R.1 Recomendaciones Orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría Gerencial:
- R.2 Recomendaciones orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría Prestacional:
- R.3 Recomendaciones orientadas a los criterios de evaluación de la Categoría de Apoyo:

Evaluador líder



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 006	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S. B. V01



MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DIRECCION EJECUTIVA DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN 2021

CENTRO DE SALUD BREÑA

RUBRO	A CARGO DE	FECHA
ELABORACIÓN	OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DIRECCION DE MONITOREO Y GESTION SANITARIA CENTRO DE SALUD BREÑA	
REVISIÓN	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y MODERNIZACION	
APROBACIÓN	DIRECCION GENERAL	



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 006	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S. B. V01

II. INDICE

II. INDICE.....	2
III. INTRODUCCIÓN.....	3
IV. FINALIDAD.....	3
V. OBJETIVOS.....	3
5.1. Objetivo General	3
5.2. Objetivos Específicos	3
VI. BASE LEGAL.....	4
VII. AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
VIII. CONTENIDO	5
IX. RESPONSABILIDADES.....	8
X. ANEXOS.....	9



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 006	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S. B. V01

III. INTRODUCCIÓN

En el año 2020 entre marzo y abril todo el país se vio inmerso ante una Pandemia que dificultaría todo tipo de trámites y gestiones que supongan las reuniones de coordinación, visitas a los Centros de Salud, trabajo de campo entre otros debido al alto grado de contagio que experimentamos entre los meses de mayo hasta fines de setiembre. Esto hizo un llamado a la innovación y adaptación a diferentes circunstancias que permitan dar continuidad a los acuerdos de los Planes establecidos, entrando a un modo (en su mayoría) digital, permitiendo hacer uso de todo tipo de medios de conectividad. A pesar de que la situación esté relativamente más controlada, es importante realizar la autoevaluación como una herramienta para diagnosticar la situación de nuestros Establecimientos

La Autoevaluación de la IPRESS, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios, tiene como base la comparación del desempeño del prestador de salud en mérito a un conjunto de estándares óptimos y factibles de alcanzar, ligado con elementos de estructura, un conjunto de procesos y resultados, orientado a que el trabajo cotidiano redunde en la satisfacción de los usuarios de los servicios como en los trabajadores.

IV. FINALIDAD

Realizar autoevaluación del Centro de Salud Breña en el período 2021, cumpliendo con la primera fase del proceso de Acreditación en concordancia con la Norma Técnica Sanitaria N° 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo – Listado de estándares de acreditación.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de AUTOEVALUACION en el marco de la ACREDITACION por el Establecimiento de Salud: Centro de Salud Breña

5.2. Objetivos Específicos

- Establecer la programación de actividades que permitan llevar a cabo el proceso de AUTOEVALUACION de los Macroprocesos en el Establecimiento de Salud: Centro de Salud Breña
- Determinar la brecha de los Criterios evaluados en cada uno de los Macroprocesos con la finalidad de plantear acciones de mejora continua en el Establecimiento de Salud: Centro de Salud Breña
- Socializar el resultado final de la Autoevaluación para promover la implementación la mejora continua del Establecimiento de Salud: Centro de Salud Breña
- Capacitar a los Gestores de la Calidad en el uso correcto de los instrumentos a utilizar para fortalecer sus competencias en el Establecimiento de Salud: Centro de Salud Breña



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 006	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S. B. V01

VI. BASE LEGAL

- **Ley N° 26842**, "Ley General de Salud".
- **Ley N° 1161**, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- **Ley N° 27783**, "Ley de Bases de la Descentralización".
- **Decreto Legislativo N° 1161**, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- **Decreto Supremo N° 013-2006-SA** que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- **Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA**, que aprueba el Documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- **Resolución Ministerial 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".
- **Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA** del 23 de abril de 2009 que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA**, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud.
- **Decreto Supremo N° 008-2017-SA** que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- **Resolución Ministerial N° 467-2017-MINSA**, de fecha 16 de junio del 2017, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- **Resolución Directoral N° 090/2017-DE-DIRIS LC** del 19 de mayo del 2017, aprueba el anexo N°08, fuente de Verificación para establecimientos del primer nivel de atención.
- **Resolución Directoral N° 276 – 2020 – DG –DIRIS – LC** que aprueba el Plan de Acciones Presenciales y Remotas en Gestión de la Calidad durante la Pandemia por el COVID 19
- **Resolución Ministerial N° 004-2021/MINSA** que aprueba la **NTS N°171-MINSA/2021/DGAIN**: "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú".
- **Resolución Directoral N° 049-2021 -DG-DIRIS-LC** que aprueba el Plan Anual de Trabajo en Gestión de la Calidad 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
- **Resolución Directoral N° 241 - 2021 -DG -DIRIS – LC** que aprueba el Plan de Autoevaluación 2021 de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
- **Resolución Directoral N° 370 -2021-DG- DIRIS-LC** que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la Dirección de Redes Integradas de Salud para el periodo 2021-2022



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	N° 006	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S. B. V01

VII. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan tiene alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Breña

VIII. CONTENIDO

8.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

ACCESO: La capacidad de los usuarios o grupos de alcanzar o usar los servicios que están disponibles o se necesitan, y que son brindados de la manera más apropiada.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad de acceso a cierto objetivo o facilidad para hacerlo con la ayuda de algún elemento adicional que permita dicho fin.

ACREDITACIÓN: Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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.

AUTOEVALUACIÓN: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

EVALUACION: Estudio de un fenómeno, o del grado de un evento en relación a la capacidad para lograr metas, resultados esperados en una organización, servicio, programa, población o usuarios.

EVALUADOR INTERNO: Es el Trabajador de Salud que realiza la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

PROCESO: Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

MACROPROCESO: Es un proceso de mayor complejidad en una organización, el cual a su vez agrupa varios sub-procesos relacionados entre sí y permiten ordenar la información revisada durante el proceso de Autoevaluación.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

ESTANDAR; Sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia que reúnen los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional.



Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de Aprobación	Sigla del Órgano que genera el DN
PLAN DE TRABAJO	Nº 006	DIRIS LC	2021	OGC – DMGS – C.S. B. V01

CRITERIOS DE EVALUACION; Parámetros referenciales que determinan el grado del cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION; Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función a los macro procesos que se realizan en todo el Establecimiento de Salud o Servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

INFORME TECNICO DE LA AUTOEVALUACION; Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en la cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para el conocimiento de la autoridad institucional.

8.2. METODOLOGIA APLICADA POR EL ESTABLECIMIENTO: Centro de Salud Breña

1. El Médico Jefe del Establecimiento de Salud en coordinación con el encargado de Gestión de la Calidad de la IPRESS, deberá convocar a todo el personal del Establecimiento de forma virtual y asegurar una adecuada accesibilidad (por correo electrónico, audio de WhatsApp u otro medio digital) para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACION como un instrumento que nos hará ver nuestras fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno y el resultado obtenido no implicará observaciones del nivel jerárquico inmediato superior.
2. El encargado de Gestión de la Calidad del Establecimiento deberá socializar las normas técnicas: Norma Técnica Sanitaria Nº 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, el Listado de estándares y la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a todo el personal para conocimiento; el acceso a estas referencias normativas debería ser por medios digitales
3. Se debe proceder a seleccionar a los evaluadores internos del Establecimiento de Salud; quienes conformen este Equipo de Autoevaluación deben ser personal imparcial, objetivo, guardar la confidencialidad en la información, debe haber participado en la elaboración del plan o tener conocimiento del mismo y colaborar en la elaboración del informe técnico final.
4. Definido el equipo de Evaluadores Internos, el médico jefe tendrá que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica la función encomendada; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. El Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario y debe estar compuesto mínimo por 5 (cinco) evaluadores internos, quienes deben elegir al líder del equipo. En cuanto a la conformación del equipo, debe considerarse lo siguiente: 1 (uno) evaluador médico, 3 (tres) evaluador profesional no médico y 1 (dos) evaluadores para los servicios médicos de apoyo; esto es **adaptable** a la realidad de cada IPRESS. Llenar el siguiente :

Equipo de Autoevaluación del Centro de Salud Breña		
Evaluador	Nombre de responsable	Profesión

