

# PLAN DE AUTOEVALUACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM 2024



**DIRECTOR EJECUTIVO**

**LIC. ENF. YONY CRISOSTOMO PAQUIYAURI.**

**DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD**

**OBST. NANCY GUTIERREZ YUCRA.**

**COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA**

**OBST. FRESHIA LUCERO GAMBOA BAUTISTA**

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED DE  
SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM**

**MICRORED DE KIMBIRI.  
COORDINADOR: JEFE DE MICRORED KIMBIRI**

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRORED KIMBIRI DE LA RSSC  
VRAEM.**

1. JEFE DE MICRORED KIMBIRI	COORDINADOR
2. JEFE DE C.S. LOBO TAHUANTINSUYO	INTEGRANTE
3. JEFE DE C.S. VILLA KINTIARINA	INTEGRANTE
4. JEFE DE C.S. CHIRUMPIARI	INTEGRANTE
5. JEFE DE P.S. SAMANIATO	INTEGRANTE
6. JEFE DE P.S. PUEBLO LIBRE	INTEGRANTE
7. JEFE DE P.S. VILLA VIRGEN	INTEGRANTE
8. JEFE DE P.S. MAPITUNARI	INTEGRANTE
9. JEFE DE P.S. KIMBIRI ALTO	INTEGRANTE
10. JEFE DE P.S. ANGELES	INTEGRANTE
11. JEFE DE P.S. UNION ROSALES	INTEGRANTE
12. JEFE DE P.S. MANITEA ALTA	INTEGRANTE

**MICRORED DE PICHARI.  
COORDINADOR: JEFE DE MICRORED PICHARI**

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRORED PICHARI DE LA RSSC  
VRAEM.**

1. JEFE DE MICRORED PICHARI	COORDINADOR
2. JEFE DE C.S. PICHARI	INTEGRANTE
3. JEFE DE C.S. MANTARO	INTEGRANTE
4. JEFE DE P.S. PICHARI BAJA	INTEGRANTE
5. JEFE DE P.S. OMayA	INTEGRANTE
6. JEFE DE P.S. OTARI	INTEGRANTE
7. JEFE DE P.S. PUERTO MAYO	INTEGRANTE
8. JEFE DE P.S. NATIVIDAD	INTEGRANTE
9. JEFE DE P.S. QUISTO CENTRAL	INTEGRANTE
10. JEFE DE P.S. TAMBO DEL ENE	INTEGRANTE
11. JEFE DE P.S. PITIRINQUINI	INTEGRANTE
12. JEFE DE P.S. NUEVO PROGRESO	INTEGRANTE

**KIMBIRI, 2024.**

# INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. JUSTIFICACIÓN .....	5
III. FINALIDAD .....	6
IV. OBJETIVO.....	6
V. ALCANCE .....	6
VI. BASE LEGAL.....	7
VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	8
IX. BIBLIOGRAFIA.....	13
X. ANEXOS.....	13

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM

## I. INTRODUCCIÓN

La calidad de salud requiere mencionar algunas definiciones, como por ejemplo Edwards Deming, padre de la gerencia de calidad total, define la calidad como: “Hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediata”. Por otro lado Avedis Donabedian, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos (aspecto de control de la calidad: Estructura, proceso y Resultado), y para la cooperación técnica de OPS (1998), la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud, que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

En nuestro País, la Acreditación se inicia con la conformación de la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales (1993), cuyo producto resaltante fue la aprobación, con una Resolución Ministerial, de la Guía y Manual para la Acreditación de Hospitales (1996).

En el año 2006 el País establece la implementación del sistema de gestión de la calidad, cuyo componente fundamental es la Garantía y Mejora, que comprende el Proceso de Acreditación de los servicios de Salud; en concordancia a ello el 2009 se aprueba las políticas de calidad donde se precisa que el proceso de acreditación responde a la Política N°07.

La actualización o el replanteo del proceso de acreditación en el nuevo contexto Internacional y Nacional (cambios de escenario político, económico, social) especialmente a fines de la década de los 90 e inicios de los años 2000, donde se inicia la implementación del proceso de descentralización, y se precisa las funciones, facultades y roles explícitos para cada nivel de gobierno.

El 2007 el Ministerio de salud aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuya finalidad es “Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definido” de aplicación en todo los establecimientos de salud de los sub sectores públicos, privados y mixtos en el ámbito Nacional.

A partir de la aprobación de la Norma técnica de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, el País cuenta con cuatro Establecimientos de Salud Acreditados y la Gerencia Regional de Salud no cuenta con servicios de salud Acreditados, sin embargo, realiza acciones de difusión de la norma, mejora de

capacidades y el desarrollo de la autoevaluación (evaluación interna) en el ámbito regional, sin haber desarrollado la segunda fase de Evaluación Externa hasta la fecha.

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud, sin embargo, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar dicho proceso, focalizándonos en el Sub Sector Público de Salud del Gobierno Regional de Cusco, para dicho efecto se estableció un muestreo no probabilístico intencionado, que sea representativo en la totalidad de niveles y categorías de los establecimientos de salud, que en suma fueron 80 establecimientos de salud de los 346, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con estándares específicos para la categoría que ostenta, como también se excluye los establecimientos de salud que no cumplieron con los procedimientos para la autoevaluación.

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 23% de la totalidad de Establecimientos de salud del sub sector -Gobierno Regional y el 10.1% de los establecimientos de salud del sector salud del ámbito de la Región Cusco. El cumplimiento de los estándares en los tres niveles de atención del ámbito del sub sector -Gobierno Regional Cusco-, están por debajo del 85% de cumplimiento de los estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Se identificó 11 macroprocesos y 15 estándares priorizados y transversales a los tres niveles de atención, que están comprendidos en las tres categorías, Direccionamiento, Prestacional y de Apoyo.

La Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, desarrolló la última autoevaluación en el año 2022 llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares al 44.97% en promedio a nivel de los 21 establecimientos de salud de primer nivel de atención.

La Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, desarrolló la última autoevaluación en el año 2023 llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares al 52.03% en promedio a nivel de los 22 establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Finalmente es necesario realizar la autoevaluación para poder evaluar el cumplimiento de los estándares e identificar las oportunidades de mejora que serán abordado a través de acciones, programas, proyectos o planes de mejora y que luego podamos acceder a la evaluación externa y lograr la Acreditación progresiva de los Establecimientos de Salud.

## II. JUSTIFICACIÓN

El Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”, en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud” en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporado en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.

La Red de Servicios de Salud, incorporo al Plan de la oficina de Gestión y Calidad Sanitaria el proceso de autoevaluación, así mismo el Plan operativo institucional, para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA Cusco y las Normas Nacionales, considerando para el presente año el proceso de autoevaluación en los 22 establecimientos de salud de primer nivel de atención pertenecientes a la Red.

### III. FINALIDAD

- ✚ Contribuir y garantizar que los 22 establecimientos de salud de primer nivel de atención, brinde prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

### IV. OBJETIVO

#### 4.1. OBJETIVO GENERAL.

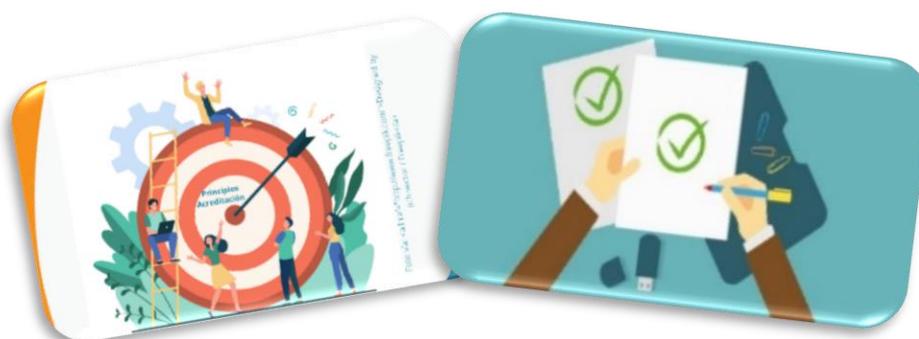
- ✚ Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en los 22 establecimientos de salud de primer nivel de atención priorizados para el ejercicio fiscal 2024.

#### 4.2. OBJETIVO ESPECIFICO.

- ✚ Contribuir a generar una cultura de calidad en las diferentes unidades y servicios.
- ✚ Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondiente a los 22 macroprocesos.
- ✚ Fortalecer capacidades de los servidores en acreditación.
- ✚ Determinar las áreas susceptibles de mejora a través de plan de mejora.

### V. ALCANCE

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud de primer nivel de la Red de Servicios de Salud, así como en sus respectivas unidades orgánicas de línea, asesor y de apoyo.



## VI. BASE LEGAL

- 📖 Ley N°26842, Ley General de Salud
- 📖 Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- 📖 Ley N°30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- 📖 Ley N°27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- 📖 Ley N°27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- 📖 Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- 📖 D.S. N°013-2006-SA, que aprueba el “reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- 📖 R.M. N°405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- 📖 R.M. N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”
- 📖 R.M. N°727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud”
- 📖 R.M. N°2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- 📖 R.M. N°072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- 📖 R.M. N°270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”
- 📖 R.M. N°370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”
- 📖 D.S. N°021-2022-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023.

## VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

1.1. Se inicia con la planificación de evaluación por parte del equipo de evaluadores internos con la participación del equipo de salud.

### - CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACION DE LA RSSCVRAEM.

Los miembros del Comité trabajarán en estrecha coordinación con los evaluadores internos de los establecimientos priorizados para el proceso de autoevaluación.

El equipo de acreditación se conformó el día 26 de enero del año 2023 y fue aprobada bajo Resolución Directoral Ejecutiva N°080-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM, con fecha 15 de abril del 2024, quedando constituida de acuerdo al siguiente detalle:

EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RSSCVRAEM		
N°	CARGO	APELLIDOS Y NOMBRES
1	PRESIDENTE	DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
2	SECRETARIO	COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
3	INTEGRANTE	DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA
4	INTEGRANTE	DIRECTOR DE SALUD AMBIENTAL
5	INTEGRANTE	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO
6	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
7	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

### - CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACION Y EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED KIMBIRI.

Los establecimientos priorizados para la autoevaluación, conforman su equipo, los mismos que se encuentran oficializada con Resolución Directoral N°093-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM, con fecha 17 de abril del 2024.

EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED KIMBIRI DE LA RSSC VRAEM		
N°	FUNCION	CARGO
1	COORDINADOR	JEFE DE MICRO RED KIMBIRI
2	INTEGRANTE	DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
3	INTEGRANTE	DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA
4	INTEGRANTE	DIRECTOR DE SALUD AMBIENTAL
5	INTEGRANTE	COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
6	INTEGRANTE	COORDINADOR DE SISMED
7	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
8	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

### FUNCIONES DE EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED KIMBIRI

1. Realizar acciones de sensibilización y promoción del proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud del ámbito de la Micro Red.
2. Coordina con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación
3. Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud.
4. Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud.
5. Responsable de la información generada.

6. Informa a la Red de Servicios de Salud a la que pertenece los resultados de las evaluaciones.
7. Promueve la implementación de las recomendaciones en coordinación con la Red de los equipos evaluadores en los establecimientos de salud evaluados.

<b>EQUIPO DE EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED KIMBIRI DE LA RSSC VRAEM</b>		
<b>N°</b>	<b>FUNCION</b>	<b>CARGO</b>
1	COORDINADOR	JEFE DE MICRO RED KIMBIRI
2	INTEGRANTE	DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
3	INTEGRANTE	DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA
4	INTEGRANTE	DIRECTOR DE SALUD AMBIENTAL
5	INTEGRANTE	COORD. DE UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
6	INTEGRANTE	RESP. DE PRESUPUESTO Y SIGA
7.	INTEGRANTE	COORD. DE PROMOCION DE LA SALUD
8.	INTEGRANTE	RESP. DE SOPORTE TECNICO E INFORMATICO
9.	INTEGRANTE	COORD. DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
10.	INTEGRANTE	COORD. DE SISMED
11.	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO
12.	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION
13	INTEGRANTE	JEFE DE CENTRO DE SALUD VILLA KINTIARINA
14	INTEGRANTE	JEFE DE CENTRO DE SALUD LOBO TAHUANTINSUYO
15	INTEGRANTE	JEFE DE CENTRO DE SALUD CHIRUMPIARI
16	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD SAMANIATO
17	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD MAPITUNARI
18	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD ANGELES
19	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD UNION ROSALES
20	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD MANITEA ALTA
21	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD KIMBIRI ALTO
22	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD PUEBLO LIBRE
23	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD VILLA VIRGEN

#### **FUNCIONES DE EQUIPO DE EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED KIMBIRI**

1. Verificar que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo ha comunicado oficialmente el inicio de la evaluación interna o autoevaluación (obligatorio) a la GERESA Cusco y esta a su vez a la Unidad Funcional de Calidad en salud del MINSA.
2. Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
3. Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes idóneos.
4. Tratar la información confidencial con reserva.
5. Elaborar el Plan de Autoevaluación.
6. La comunicación con los evaluados debe ser de manera respetuosa, proactiva y clara.
7. Elaborar el Informe Técnico de Evaluación.
8. Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

#### **- CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACION Y EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED PICHARI.**

Los establecimientos priorizados para la autoevaluación, conforman su equipo, los mismos que se encuentran oficializada con Resolución Directoral N°095-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM, con fecha 17 de abril del 2024.

<b>EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED PICHARI DE LA RSSC VRAEM</b>		
<b>N°</b>	<b>FUNCION</b>	<b>CARGO</b>
1	COORDINADOR	JEFE DE MICRO RED PICHARI
2	INTEGRANTE	DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
3	INTEGRANTE	DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA
4	INTEGRANTE	DIRECTOR DE SALUD AMBIENTAL

5	INTEGRANTE	COORDINADOR DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
6	INTEGRANTE	COORDINADOR DE SISMED
7.	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
8.	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

### **FUNCIONES DE EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED PICHARI**

1. Realizar acciones de sensibilización y promoción del proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud del ámbito de la Micro Red.
2. Coordina con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación
3. Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud.
4. Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud.
5. Responsable de la información generada.
6. Informa a la Red de Servicios de Salud a la que pertenece los resultados de las evaluaciones.
7. Promueve la implementación de las recomendaciones en coordinación con la Red de los equipos evaluadores en los establecimientos de salud evaluados.

### **EQUIPO DE EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED PICHARI DE LA RSSC VRAEM**

N°	FUNCION	CARGO
1	COORDINADOR	JEFE DE MICRO RED PICHARI
2	INTEGRANTE	DIRECTOR DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
3	INTEGRANTE	DIRECTOR DE INTELIGENCIA SANITARIA
4	INTEGRANTE	DIRECTOR DE SALUD AMBIENTAL
5	INTEGRANTE	COORD. DE UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
6	INTEGRANTE	RESP. DE PRESUPUESTO Y SIGA
7.	INTEGRANTE	COORD. DE PROMOCION DE LA SALUD
8.	INTEGRANTE	RESP. DE SOPORTE TECNICO E INFORMATICO
9.	INTEGRANTE	COORD. DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
10.	INTEGRANTE	COORD. DE SISMED
11.	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO
12.	INTEGRANTE	JEFE DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION
13	INTEGRANTE	JEFE DE CENTRO DE SALUD PICHARI
14	INTEGRANTE	JEFE DE CENTRO DE SALUD MANTARO
15	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD NATIVIDAD
16	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD PITIRINQUINI
17	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD TAMBO DEL ENE
18	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD OTARI
19	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD OMaya
20	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD PICHARI BAJA
21	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD NUEVO PROGRESO
22	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD PUERTO MAYO
23	INTEGRANTE	JEFE DE PUESTO DE SALUD QUISTO CENTRAL

### **FUNCIONES DE EQUIPO DE EVALUACION INTERNA DE LA MICRO RED PICHARI**

1. Verificar que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo ha comunicado oficialmente el inicio de la evaluación interna o autoevaluación (obligatorio) a la GERESA Cusco y esta a su vez a la Unidad Funcional de Calidad en salud del MINSA.
2. Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
3. Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes idóneos.
4. Tratar la información confidencial con reserva.
5. Elaborar el Plan de Autoevaluación.
6. La comunicación con los evaluados debe ser de manera respetuosa, proactiva y clara.

7. Elaborar el Informe Técnico de Evaluación.
8. Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

- **ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024**

El plan será elaborado por el equipo de Acreditación de la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM y el equipo de Evaluación Interna de la Micro Red de Kimbiri y Micro Red Pichari, el Comité de Acreditación de la Red cumplirá funciones para guiar el proceso y acompañamiento de la autoevaluación. El plan debe estar articulado al Plan Táctico de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria y al Plan Operativo Institucional de la Red.

- **COMUNICACIÓN DEL INICIO Y DURACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.**

La Dirección del establecimiento que realiza el proceso de autoevaluación, comunicará a los jefes de los servicios, quienes difundirán dentro del personal a su cargo, los días en los que se llevará a cabo dicha autoevaluación. Asimismo, deben socializar los estándares de acreditación a todo el personal del establecimiento.

- **PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN.**

Culminado el proceso de autoevaluación, se digitalará los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de datos. Asimismo, elaboración del informe final del proceso de autoevaluación de acuerdo al esquema.

- **SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES.**

Elaboración del plan de mejora, para el seguimiento de las recomendaciones, se tendrá reuniones con los involucrados de cada macroproceso, priorizando los resultados con menor porcentaje.

- 1.2. Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud,

**RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN - 2024**

MACROPROCESOS	ESTÁNDARES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	AREAS RESPONSABLES	NOMBRE Y APELLIDO
1.- <b>Direccionamiento</b>	2	11	OFICINA DE PLANEAMIENTO	CPC IBETY FLORES DEL VILLAR
2.- <b>Gestión de recursos Humanos</b>	4	11	UNIDAD DE GESTION Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO	CPC. MIRIAM IZARRA CABALLERO
3.- <b>Gestión de la Calidad</b>	3	22	UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA	OBST LUCERO GAMBOA BAUTISTA
4.- <b>Manejo de Riesgo de Atención</b>	8	50	RESIDUOS SOLIDOS/SALUD OCUPACIONAL	BLGA. BETZABE CAYAMPI FERNANDEZ
5.- <b>Emergencias y Desastres.</b>	3	21	PP 068 REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	LIC WENDY MENDOZA AQUINO
6.- <b>Control de la Gestión y Prestación.</b>	2	15	UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA	OBST LUCERO GAMBOA BAUTISTA

7.- Atención Ambulatoria.	4	17	DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD Y PROMSA	OBST NANCY GUTIERREZ YUCRA
8.- Atención Extramural.	4	13	PROMSA	OBST DENISSA CONTRERAS PEREZ
9.- Atención de Hospitalización.	7	26	DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD	LIC ENF SHIRLE ZAPA SALCEDO
10.- Atención de Emergencia.	3	14	PP 104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	OBST ALEXANDRA GARCIA CUETO
11.- Atención Quirúrgica.	4	24	-	
12.- Docencia e Investigación.	2	15	-	
13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	3	11	RESP. LABORATORIO	BLGO. MIGUEL HUAYTA RIVERA
14.- Admisión y Alta	4	16	DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD	OBST JENNY MORALES ORE
15.- Referencias y Contrarreferencias	4	13	REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	OBST ALEXANDRA GARCIA CUETO
16.- Gestión de Medicamentos	3	15	SISMED	QCO YULIANA CALLE GUZMAN
17.- Gestión de la Información	3	14	SOPORTE INFORMATICO	ING. SIST. CARLOS BAUTISTA HUAMAN
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17	DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL DIRECCION DE INTELIGENCIA SANITARIA	BLGA. BETZABE CAYAMPI FERNANDEZ LIC ENF SHIRLE ZAPA SALCEDO
19.- Manejo de Riesgo Social	2	6	UNIDAD DE SEGUROS	OBST JENNY MORALES ORE
20.- Manejo de Nutrición de Pacientes	2	10	-	
21.- Gestión de Insumos y Materiales	2	8	OFICINA DE PLANEAMIENTO /AREA DE PRESUPUESTO/OFICINA DE ADMINISTRACION	LIC HERBERT VILCA PALOMINO
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura.	2	12		LIC FREDY BOHORQUEZ ASTO
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>361</b>		

1.3. La implementación de las acciones de evaluación interna se utilizará las técnicas:

-  Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, informes, etc.).
-  Observación directa de los procesos que requieran.
-  Entrevistas.
-  Encuestas.
-  Evaluación de registro de la Historia Clínica.
-  El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes.

## IX. BIBLIOGRAFIA

-  Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Adalberto E. Llinás Delgado,  
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14.pdf>
  
-  La cooperación de la organización panamericana de la salud ante los procesos de reforma del sector salud, OPS.  
Link:[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/Lacooperacion\\_doc040.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/Lacooperacion_doc040.pdf?sequence=1)

## X. ANEXOS

- ANEXO-N°01: PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN TÁCTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD - 2024
- ANEXO A: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES Y CRONOGRAMA DEL PAES: RED DE SALUD CUSCO VRAEM-GERESA CUSCO 2024
- ANEXO B: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAES RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM 2024
- LISTA DE MACROPROCESOS Y ESTANDARES A EVALUAR 2024



**ANEXO A: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES Y CRONOGRAMA DEL PAES: RED DE SALUD CUSCO VRAEM-GERESA CUSCO 2024**

ACTIVIDADES/MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES/ SUB EQUIPO DE MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	CRONOGRAMA												RESPONSABLE EVALUADO(S)			
			AÑO 2024															
			ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBREO	MARZO		ABRIL		
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	Jefe de la Unidad/Oficina de Calidad de la Red		05														Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria	
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	Líder/Coordinador/Responsable		18															Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	Líder/Coordinador/Responsable		18															Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria
Elaboración del PAES	Equipo de Evaluación Interna		15															Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	Equipo de Evaluación Interna		20															Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluado/ jefes/ responsables: presentación del Plan y revisión de los estándares.	Equipo de Evaluación Interna		25															Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	Líder/Coordinador/Responsable		26															Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria
Aplicación del MP: Direccionamiento	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsable del Macroproceso		X													RESP. PLANEAMIENTO	
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsable del Macroproceso		X													UNIDAD DE GESTION Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO	
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsable del Macroproceso		X													DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD SANITARIA	
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsable del Macroproceso		X													DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL	



Aplicación del MP: Gestión de la Información	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsabl e del Macroproce so					X										SOPORTE INFORMATICO
Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsabl e del Macroproce so					X										DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsabl e del Macroproce so					X										PROMSA
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsabl e del Macroproce so															
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsabl e del Macroproce so					X										UNIDAD DE PRESUPUESTO Y SIGA
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	Líder/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	Responsabl e del Macroproce so					X										UNIDAD DE PRESUPUESTO Y SIGA
Procesamiento de Datos	Equipo de Evaluación Interna									15							EQUIPO DE ACREDITACION
Análisis de resultados	Equipo de Evaluación Interna									20							EQUIPO DE ACREDITACION
Elaboración del Informe técnico	Equipo de Evaluación Interna										05						EQUIPO DE ACREDITACION
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	Equipo de Evaluación Interna										15						EQUIPO DE ACREDITACION
Levantamiento de Observaciones (siempre que exista, de la unidad/ Oficina de calidad o la dirección)	Equipo de Evaluación Interna										20						EQUIPO DE ACREDITACION
Entrega del informe técnico final.	Equipo de Evaluación Interna										30						EQUIPO DE ACREDITACION

**ANEXO B: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAES**

**RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM 2024**

ACTIVIDADES/ MACROPROCESOS	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	BIENES, SERVICIOS, ACTIVOS NO FINACIEROS	UM	META	COSTO UNITA RIO s/.	COSTO SUB TOTAL s/.	CRONOGRAMA							PRESUPUESTO			RESPONSABLE DE LA GESTIÓN Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL		
								ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	RO	O T R O S		TOTAL	
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	ACTA	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archiveros 20 uni; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	1	100	100.00	X									100.00	-	100.00	*Director de la Red/Hospital: Priorizar y autorizar la implementación del Plan. • Jefe de Planificación: Responsable de asignación y certificación del crédito presupuestal. • Jefe de Administración: Adquisición y entrega de bienes, servicios, activos no financieros. • Unidad/ Oficina de Calidad: canalizar el requerimiento. • Líder del equipo de autoevaluación: Solicitar el requerimiento.
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	ACTA	3	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archiveros 20 uni; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit				X												
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	ACTA	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99: 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit	50	30	1,500.00	X									500.00	-	500.00	
Elaboración del PAES	PLAN	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99: 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit				X	X											
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	DOCUMENTO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet	1	1300	1,300.00		X								500.00	-	500.00	
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluado/ jefes/ responsables: presentación del Plan y revisión de los estándares.	ACTA	1											X							
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la	DOCUMENTO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Papel	Kit	1	50	50.00	X									50.00	-	50.00	

Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital																			
Aplicación del MP: Direcciónamiento	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit															
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit															
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	30	30	900.00				X						500.00	-	500.00
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit							X								
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit							X								
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit								X							
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	30	30	900.00					X					500.00	-	500.00
Aplicación del MP: Atención extramural	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01;	kit								X							



Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	REGISTR O	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet									X							
Procesamiento de Datos	REGISTR O	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit	1	200	200.00							X		200.00	-	200.00		
Análisis de resultados	REGISTR O	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit											X					
Elaboración del Informe técnico	INFORME	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit															X	
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	INFORME	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit															X	
Levantamiento de Observaciones (siempre que exista, de la unidad/ Oficina de calidad o la dirección)	INFORME	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores	Kit				1	100	100.00										X
Entrega del informe técnico final.	DOCUME NTO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit	1	100	100.00							X	100		100.00			
<b>Costo Total</b>							<b>7,350.00</b>	<b>TOTAL</b>							<b>4,550.00</b>					

