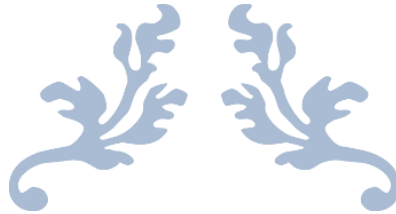




Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



MICRO RED CHOROS 2022



A.- INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de la Calidad, plantea impulsar procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud del sector; en este sentido el Ministerio de Salud a través de la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V02 Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo han definido un conjunto de estándares que serán medidos a través de indicadores trazadores. En este marco, se han desarrollado metodologías y herramientas, útiles para establecimientos del Primer Nivel de Atención, que les permitirán realizar procesos periódicos de autoevaluación, conducentes a poner en marcha procesos de mejora de la calidad orientados a alcanzar los estándares de calidad planteados, que tienen como propósito impactar en la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población.

La autoevaluación es un proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, según su nivel de complejidad; y que está basada en los recursos y capacidades del prestador de salud para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos.

Habiéndose dado los lineamientos técnicos operativos para la implementación de la Norma Técnica a nivel Regional, la Micro Red NUEVO ORIENTE, realizaran la Autoevaluación en todos los Establecimientos de la jurisdicción

B.- JUSTIFICACIÓN

La calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios, es por eso que el MINSA desarrolla e impulsa la autoevaluación de Establecimientos de Salud con la finalidad realizar la evaluación de desempeño institucional.

El presente plan se desarrolla con la finalidad de conocer la realidad de nuestros Establecimientos de salud y poder implementar acciones de mejora continua para mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro con un enfoque humano y social.



C.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el papel que juega la institución de salud en la satisfacción de las necesidades y demandas del usuario en la atención de salud de la población mediante la identificación de los problemas de calidad del servicio.
- Aplicación de la ficha de autoevaluación en todos los establecimientos de salud de la jurisdicción de la Micro Red CHOROS.
- Promover una cultura de calidad en todos los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Micro Red CHOROS.

D.- ALCANCE

Su aplicación será a todos los Establecimientos de la Micro red CHOROS.

E.- BASE LEGAL.

- LEY N° 26790, “ Ley de Modernización de la Seguridad Social”
- Ley N° 26842, “Ley General de Salud”
- Ley N° 27657, “ Ley del Ministerio de Salud”
- Ley N° 27783, “ Ley de Bases de la Descentralización”
- Ley N° 27806, “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”
- Ley N° 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de salud”
- Ley N° 27867, “ Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”
- Ley N| 27972, “ Ley Orgánica de Municipalidades”
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines. Volumen II



-
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en salud
 - RM N° 270-2009/MINSA Volumen II Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
 - Directiva Administrativa N° 151-MINSA / DGSP-V.01 Volumen III. Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.

F.- METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

La Acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y generan ciclos de mejoramiento continuo.

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, para la cual el Equipo Autoevaluado, previamente capacitado, hace uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud según categoría; procediendo a realizar una evaluación interna, determinando el nivel de cumplimiento de estándares y criterios, identificando fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Para el cumplimiento de este proceso se seguirán los siguientes pasos:

- a. Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional 2020
- b. Conformación del Equipo Autoevaluador.
- c. Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación.
- d. Reunión de apertura y revisión de Listado de Estándares de Acreditación para la categoría correspondiente.
- e. Comunicación del Inicio de Autoevaluación.
- f. Ejecución del Plan de Autoevaluación: visita a las instalaciones del establecimiento y verificación del cumplimiento de estándares.
- g. Calificación de la evaluación.
- h. Reunión de cierre y revisión de resultados por el Equipo Autoevaluador.
- i. Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación.

Técnicas de Evaluación:

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

Instrumentos para la Evaluación:

- Listado de estándares de acreditación para EESS categoría I-1, I-2, I-3 y II-1
- Guía Técnica del Evaluador
- Formatos de evaluación: hoja de registro de datos y hoja de recomendaciones
- Aplicativo de Acreditación MINSA para el registro de resultados

G.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B (Anexo N° 1)

Todos los Establecimientos de Salud de la Microred CHOROS serán Autoevaluados al tercer trimestre del año en curso

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Líder del Equipo de Evaluadores: M.C ESMER MARIN HERNNADEZ QUIROZ.

ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN (NOVIEMBRE 2022)													
EE. SS	CAT.	CRONOGRAMA 2021											RESPONSABLE
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	
CHOROS	I-3											X	HERNÁNDEZ QUIROZ, ESMER MARÍN
CUJILLO	I-3											X	URIARTE FUENTES, RIXI KADINE
LA SACILIA	I-3											X	MUÑOZ GONZALES, CRISTIAN IVAN
MESARRUME	I-1											X	HEREDIA CIEZA, CÉSAR ANÍBAL
SAN PEDRO DE CHOROS	I-1											X	LOZADA MALARÍN, JANNETT
PERLAMAYO	I-1											X	CARRASCO PERALTA, MARÍA ROSI
MALLETA	I-1											X	VÁSQUEZ BUSTAMANTE, JOSÉ GEINER
CUNUAT	I-1											X	OBLITAS TARRILLO, ALAN DONAIRE
YUNCHACO	I-1											X	LLANOS CUBAS, FIDEL

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable por Equipo	Macroprocesos	Equipos de evaluadores internos	Noviembre	Octubre	Responsables Evaluados
EQUIPO DE TRABAJO	Gestacionales, Prestacionales, Misionales Y Apoyo	SI	AUTOEVALUACION	Registro en el programa e Informe	Responsable de cada EE. SS

H.- EQUIPO DE EVALUACIÓN.

EQUIPO DE EVALUADORES MICRO CHOROS

EE. SS	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CONDICIÓN LABORAL	TELÉFONO	EMAIL
CHOROS	HERNÁNDEZ QUIROZ, ESMER MARÍN	MEDICO CIRUJANO	CONTRATO 276	954825007	esmherq@gmail.com
CUJILLO	URIARTE FUENTES, RIXI KADINE	TEC. LABORATORIO	NOMBRADO	988696036	rix_y_l@hotmail.com
LA SACILIA	MUÑOZ GONZALES, CRISTIAN IVAN	MEDICO CIRUJANO	SERUMS -I	943642378	cristianmg.26@gmail.com
MESARRUME	HEREDIA CIEZA, CÉSAR ANÍBAL	TEC. ENFERMERÍA	NOMBRADO	979900627	cesaranibal-10@hotmail.com
SAN PEDRO DE CHOROS	LOZADA MALARÍN, JANNETT	TEC. ENFERMERÍA	NOMBRADO	948328411	
CUNUAT	OBLITAS TARRILLO, ALAN DONAIRE	TEC. ENFERMERÍA	NOMBRADO	913439986	alandot10@hotmail.com
PERLAMAYO	CARRASCO PERALTA, MARÍA ROSI	TEC. ENFERMERÍA	NOMBRADO	987716197	rossyhpq@hotmail.com
YUNCHACO	LLANOS CUBAS, FIDEL	LIC. OBSTETRICIA	CONTRATO CAS	989822995	fidel.llanosllanos@gmail.com
MALLETA	VÁSQUEZ BUSTAMANTE, JOSÉ GEINER	TEC. ENFERMERÍA	CONTRATO CAS	973440441	jose-gvasquez95@hotmail.com



I. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MACROPROCESOS POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD: C.S. CHOROS



ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. CHOROS
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NIVEL I-3
FASE	Autoevaluación
EVALUADORES	<ul style="list-style-type: none"> • HERNÁNDEZ QUIROZ, ESMER MARÍN • URIARTE FUENTES, RIXI KADINE • MUÑOZ GONZALES, CRISTIAN IVAN • HEREDIA CIEZA, CÉSAR ANÍBAL • LOZADA MALARÍN, JANNETT • OBLITAS TARRILLO, ALAN DONAIRE • CARRASCO PERALTA, MARÍA ROSI • LLANOS CUBAS, FIDEL • VÁSQUEZ BUSTAMANTE, JOSÉ GEINER
AÑO	2022
FECHA DE INICIO	01 NOV. 2022
RESULTADO	240.26 puntos – 75%

CÓDIGO ESTANDAR	OBSERVACIÓN	RECOMENDACIÓN
DIR.1	No se cuenta con planes estratégicos, planes operativos y de contingencia.	Implementar planes estratégicos y operativos con la finalidad de resolver y mejorar los servicios brindados para el paciente, plazo inmediato.
	Los planes estratégicos, planes operativos y de contingencia por servicios.	Implementar planes estratégicos y operativos con la finalidad de resolver y mejorar los servicios brindados para el paciente con plazo inmediato
DIR.2	Los planes estratégicos no son asignados formalmente por memorándum de acuerdo con los servicios que brinda el establecimiento. Además, no se cuenta con Plan Operativo Anual.	Asignar de manera oficial los programas estratégicos al personal de salud e implementar el Plan Operativo Anual para alcanzar los resultados deseados para el EE.SS. (memorandos).

	<p>El responsable del EE. SS ha definido el responsable por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, pero no está operativo y solo esta designado de manera verbal.</p>	<p>Implementar con memorando de designación de cada responsable por servicio.</p>
	<p>El establecimiento no pone en práctica el sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos.</p>	<p>Implementar y poner en práctica el sistema operativo y realizar el Informe de evaluación de eventos adversos.</p>
<p>MRA-1</p>	<p>-El establecimiento no tiene definido responsables por servicio para el manejo de los riesgos de la atención, no realiza acciones ni las documenta -El sistema de vigilancia epidemiológica no siempre se encuentra operativa -El establecimiento no realiza reuniones para el análisis de la gestión de riesgos de los procesos de acción para disminuir riesgos -Sistema operativo de vigilancia no se encuentra activo y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con las normativas instituciones. -El establecimiento de salud cuenta con mecanismos, pero no presenta los cambios a efectuar en la gestión de riesgos de la atención.</p>	<p>-Definir responsables por servicios o áreas para el manejo de los riesgos de la atención y realizar acciones, documentarlas con la finalidad de promover una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en salud -Mantener operativa el sistema de vigilancia epidemiológica para disminuir riesgos en la salud -Realizar reuniones para el análisis de la gestión de riesgos de los procesos de acción para disminuir riesgos -Mantener operativo sistema de vigilancia frente a los eventos adversos de acuerdo con las normativas instituciones -Presenta los cambios a efectuar en la gestión de riesgos de la atención para lograr resultados en salud.</p>
<p>MRA-6</p>	<p>-Se evidencia parcialmente cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención -El establecimiento no reporta, registra y toma acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. -El establecimiento no cuenta con instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y precauciones por adoptarse, no cuenta con afiches ni laminas. -El establecimiento no garantiza la realización oportuna de exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante</p>	<p>Implementar en un 100% cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención Reportar, registrar y tomar acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo para fomentar la salud ocupacional y seguridad. Elaboración de murales con instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y precauciones por adoptarse. -Garantiza la realización oportuna de exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante con la finalidad de garantizar la salud del recurso humano</p>

GSD-1	No se cuenta con Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil. Ha identificado riesgos de vulnerabilidad estructural solo en áreas críticas.	Solicitar inspección técnica de Defensa Civil para la evaluación infraestructural del Centro de Salud. Realizar estudio de vulnerabilidad para identificación de riesgos en todas las áreas del establecimiento
	No se cuenta con Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil. No cuenta con señales de seguridad en todas sus áreas. No cuenta con señalización que facilite la ubicación del EE.SS.	Y así Implementar y acondicionar las diferentes áreas con señales de seguridad
GSD-2	No implementa acciones de acuerdo al Plan de Emergencias y Desastres. En el presente año no ha participado en la implementación de Planes de respuesta regional o local.	Formular e implementar acciones de respuesta ante cualquier emergencia y desastre con la participación de Defensa Civil.
GSD-3	No se cuenta con sistema alternativo que proporcione energía eléctrica. No Cuenta con sistema de almacenamiento de agua potable pero no se provisiona las 24 horas.	Implementar sistema alternativo de energía eléctrica como lo son los generadores eléctricos. Mejorar el almacenamiento de agua para una mejor provisión de la misma. Tenemos el problema con el servicio de agua que no alcanza el flujo necesario para abastecer nuestro tanque elevado en épocas de sequía.

CGP-1	No se evidencia plan de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación.	Implementar comité de auditoría en salud en Microred, para la evaluación y análisis de historias clínicas. Implementar Plan de auditoría, supervisión y evaluación de procesos con instrumentos previamente establecidos
CGP-2	No se cuenta con personal capacitado para realizar procesos de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos.	Implementar el comité de auditoría, supervisión y evaluación, para la evaluación y análisis.
AEX-1	No cuenta con documento de planificación operativa institucional (POI)	Implementar el Plan Operativo Institucional (POI) para poder anexar las programaciones de actividades extramurales.
AEX-3		

	No tiene definido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural.	Por el estado de Emergencia las atenciones extramurales se han dejado de realizar, pero si sean logrado buenos logros años pasados
EMG-1	Falta capacitaciones frente a las necesidades de atención en caso de emergencias.	Solicitar a DISA Cutervo la capacitación de dos veces al año sobre casos de emergencias.
	No se hace público el derecho de toda persona a recibir atención inmediata, además no se cuenta con cartel.	Implementar y actualizar el servicio de emergencia en función de brindar una atención inmediata y de manera oportuna. Capacitar al 100% de personal en temas de emergencias para una respuesta rápida frente a la situación.
	No se cuenta con programación diaria para la atención de emergencias y responsable de guardia. Menos del 50% de personal ha sido capacitado en temas de emergencias. Ha definido medidas para la atención de emergencias pero no cumple.	Capacitar a todo el personal al 100% sobre temas de emergencias, para que todo el personal médico, no médico y técnico tenga nociones en este tema que es de suma importancia.
EMG-2 ejemplos	No se dispone de ambulancia para el traslado de pacientes.	Por estar en la ciudad y a menos de 5 min de Hospital la necesidad no es de urgencia.
EMG-3	Cuenta con mecanismos operativos para garantizar la continuidad del paciente, pero no siempre está operativo.	Capacitar al profesional de salud en cuanto a atenciones en caso de emergencias para garantizar la atención inmediata del usuario. Implementar mecanismos para asegurar la continuidad del paciente dentro de los cambios de turno.
	Cuenta con mecanismos operativos para garantizar la continuidad del paciente, pero no siempre está operativo.	Implementar mecanismos para asegurar la continuidad del paciente dentro de los cambios de turno.
ADA-1	El personal NO ha sido capacitado para realizar actividades en el área de admisión	Implementar formatos de historia clínica respetando el grupo etario y siguiendo la normatividad vigente.
	El procedimiento para la entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el numero regular de ingresos	Aplicar encuestas, Entregar citas al usuario interno y externo.

	esperados, lo cual es de conocimiento del persona responsable y difundido al usuario.	
ADA-4	NO hay capacitación en actividades en el área de admisión de EESS	Capacitar al menos dos veces al año sobre temas administrativos
RCR-2	No se cuenta con un rol de personal a cargo del traslado de paciente	El personal que esta de turno sabe como actuar frente a una emergencia y se encarga de realizar el traslado del paciente ya que siempre estará de turno un profesional médico o no médico.
GIN-1	El establecimiento de salud cuenta con evidencia para facilitar las decisiones de los trabajadores basadas en la integración de la información clínica y administrativa.	Seguir capacitándose en cuanto a gestión integral de la información para el buen manejo de los sistemas, registros y codificación.
GIN-2	El EESS No realiza el análisis de veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	Tenemos definidos los proyectos de mejora continua y de nuestras necesidades, en la actualidad se están llevando a cabo las coordinaciones para mejorar estos aspectos.
MRS-2	El establecimiento de salud no cuenta con recursos financieros para la atención de la población pobre y en extrema pobreza	Seguir garantizando la atención en casos especiales y de extrema pobreza.
GIM-1	No cuenta con Plan Anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios	Implementar el Plan Anual de necesidades de bienes para el requerimiento y adquisición de insumos y materiales establecidos.
GIM-2	No realiza Plan Anual de adquisición. No realiza procesos de adquisición	Implementar el Plan Anual de adquisición para su adquisición y distribución, y cumplir de acuerdo a los procedimientos establecidos.
EIF-1	No cuenta con Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de planta física y servicios básicos incorporados en POA	Solicitar apoyo para lograr la implementación del Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.
EIF-2	El EESS no cuenta con información y otras decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad	DISA debe programar según calendario la supervisión sobre el estado actual de infraestructura de sus EE. SS así como de equipos.