DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD TARMA
HOSPITAL "FÉLIX MAYORCA SOTO"

Resolución Directoral

N° 0592-2019/GRJ/DRSJ/RST/ORRHH.

Tarma, 28 de Noviembre del 2,019.

Visto el Expediente N° 02458435-2019, Informe N° 00267-2019/GRJ/DRSJ/RST/OSP.GCS, Informe N° 00405-2019-GRJ/DRSJ/RST/OPPYM, y Memorando N° 1475-2019/GRJ/DIRESA/RST-DE;

CONSIDERANDO:

Que, es necesario y conveniente Aprobar el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto" 2019-2020, con el objetivo de desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación y determinar el Nivel de Cumplimiento de Estándares, obteniendo evidencia relevant4e respecto al desempeño de las IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto", con miras al mejoramiento continuo de la calidad garantizando seguridad en la atención a los usuarios;

Que, según Informe N°00405-2019-GRJ/DIRESA/RST/OPPyM, emitido por la Jefa Encargada de la Oficina de Planeamiento Presupuesto y Modernización refiere; que visto el documento de la referencia en que el Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud, presenta el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto" 2019-2020, por lo que cumplo con informar lo siguiente:
Que, según Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se Aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, teniendo como finalidad contribuir o garantizar a los usuarios a 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 definidos.
Por lo que en estricta observancia de la normatividad, se ha cumplido con revisar el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto" 2019-2020, el cual responde a los parámetros establecidos y se ajusta a los estándares para la elaboración de documentos técnicos normativos de gestión institucional.
Por lo indicado se expide opinión favorable de Aprobación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca soto"" 2019-2020, debiendo de expedirse el acto resolutivo correspondiente;

Que, de conformidad con la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA – Sistema Gestión de la Calidad en Salud, Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA – Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA – Políticas Nacionales de Calidad en Salud, Decreto Supremo N° 013-2006 – Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

./..

/..

Que, mediante Memorando N° 1475-2019/GRJ/DRSJ/RST-DE, la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Tarma, **Autoriza** elaborar la Resolución Directoral de Aprobación del **"Plan de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto" 2019-2020,** con la finalidad de contribuir a garantizar que las IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto", cuenten con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplen con estándares de calidad

En uso de las facultades conferidas por la Resolución Ejecutiva Regional N° 477-2019-GR-JUNIN/GR;

Estando a lo informado por el Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud y por la Jefa Encargada de la Oficina de Planeamiento Presupuesto y Modernización; y

Con la opinión del Jefe Encargado de la Unidad de Recursos Humanos de la Red de Salud Tarma;

SE RESUELVE:

Artículo Único.- Aprobar el **"Plan de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital "Félix Mayorca Soto" 2019-2020,** el cual consta de: Caratula, Índice, **I.** Introducción, **II.** Justificación, **III.** Finalidad, **IV.** Base Legal, **V.** Objetivos **VI.** Ámbito de Aplicación, **VII.** Metodología de Trabajo, **VIII.** Organizadores, **IX.** Responsables, **X.** Presupuesto, **XI.** Cronograma.----------

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

(Fdo.) Licenciada en Administración Patricia Enriqueta PAREDES SOLDEVILLA, Directora Ejecutiva de la Red de Salud Tarma.

Señor: COORDINADOR DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

Que, transcribo a usted para su conocimiento y demás fines.

GOBIERNO REGIONAL DE JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO
Lic. Adm. Patricia E. Paredes Soldevilla
DIRECTORA EJECUTIVA
CLAD N° 4834

PEPS/FJPV/AEO.E/aeo.e
Documento: N° 03886957

CARGO

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

...OFICINA DE SALUD PUBLICA-GESTION DE LA CALIDAD...
INFORME N° 00267- 2019-GRJ/DRSJ/RST/OSP.GCS

A : **LIC. ADM. PATRICIA PAREDES SOLDEVILLA.**
Directora Ejecutiva de la Red de salud Tarma.

DE : **OBST. PEDRO R. HUAYLINOS HUAMÁN.**
Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud.

ASUNTO : **SOLICITO RECONOCER CON ACTO RESOLUTIVO EL PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE IPRESS DE LA RED DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO 2019- 2020.**

Ref. : MEMORANDUM MULTIPLEN°00002-2019- GRJ-DRSJ-DG.DESP-DSS-UDA.

FECHA : Tarma, 24 de Octubre del 2019

Por medio del presente es grato saludarlo cordialmente; En atención al documento de la referencia, emitido por la Coordinadora Regional de Unidad de Acreditación de la DIRESA Junín, quien viene solicitando la **Resolución de Aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE IPRESS DE LA RED DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO 2019- 2020.**

Se solicita a su despacho ordenar a quien corresponda emitir el ACTO RESOLUTIVO toda vez que constituye un requisito para la evaluación y puntaje de estándares de gestión de la calidad; del proceso de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS.

Es todo cuanto informo a Ud. Para su conocimiento y atención al mismo.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD TARMA / HOSPITAL FELIX MAYORCA S
OBST. PEDRO R. HUAYLINOS HUAMAN
OF. SALUD PÚBLICA COOR. GESTIÓN DE CALIDAD
COP. 21034 RNE. 062-001

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO - TARMA
TRAMITE DOCUMENTARIO
24 OCT. 2019
RECEPCIÓN
HORA 11:54 FIRMA:

LEAE/prhh.
c.c. Archivo OSP.

Reg. Documento.	03781561
Reg. Expediente.	02458435
N° de folios.	07

RED DE SALUD TARMA

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

MINISTERIO DE SALUD - PERÚ
Calidad
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

==========

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE IPRESS DE LA RED DE SALUD TARMA

Y

HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO

2019 -2020

==========

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD TARMA - HOSPITAL FELIX MAYORCA S.
OBST. PEDRO R. HUAYLINOS HUAMÁN
OF. SALUD PÚBLICA - COOR. GESTIÓN DE CALIDAD
COP. 21094 RNE. 563-E01

LIC. ADM. PATRICIA PAREDES SOLDEVILLA – DIRECTORA EJECUTIVA
LIC. ENF. LUZ ARGANDOÑA EGOAVIL - JEFATURA DE SALUD PUBLICA
OBST. PEDRO R. HUAYLINOS HUAMÁN – COORD. GESTION DE CALIDAD

INDICE

I. INTRODUCCION

II. JUSTIFICACION

III. FINALIDAD

IV. BASE LEGAL

V. OBJETIVOS

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

VII. METODOLOGIA DE TRABAJO

VIII. ORGANIZADORES

IX. RESPONSABLES

X. PRESUPUESTO

XI. CRONOGRAMA

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO.

I. INTRODUCCION

El Sistema de Gestión de la Calidad en salud está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión. La gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario en el sector, el determinar y aplicar la política de la calidad expresada formalmente por la Alta Dirección del MINSA, en consecuencia, las orientaciones del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con la especificidad que corresponde a cada institución.

Asimismo, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establece los principios, normas, metodologías, y procesos para su implementación y fortalecimiento y así contribuir a la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios de Salud brindados en todos los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo de nuestra jurisdicción.

Teniendo como una estrategia básica el proceso de Acreditación, procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud.

La fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación es la autoevaluación y la segunda fase del proceso de acreditación es la evaluación externa, fase necesaria para la obtención de la constancia de acreditación.

II. JUSTIFICACION

El Sistema de Gestión de la Calidad en salud tiene dentro de su estructura los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la información.

El componente de GARANTIA Y MEJORA, donde se considera la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como una importante herramienta para la sostenibilidad y por ende lograr un compromiso claro y decidido de las organizaciones de salud para mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente disminuyendo los riesgos tanto para los usuarios y al personal de salud. Implica la implementación y evaluación periódica de un número establecido de estándares previamente estudiados y definidos, agrupados según macro procesos aplicados según niveles de complejidad (I-1, I-2, I-3 y I-4 y II-2) tanto de orden, gerencial, asistencial y de apoyo.

Los estándares e indicadores de calidad evalúan la competencia técnica y desempeño que los profesionales y personal que presta la atención, acordes con los servicios que ofertan el establecimiento o servicio.

La Red de salud Tarma dará inicio al proceso de la Acreditación con el proceso de "Autoevaluación" que se ejecutará en el 100% de los establecimientos de la jurisdicción el mismo que se realizará en el presente año, los resultados de este proceso nos indicarán si tenemos debilidades en el desempeño del prestador de salud con respecto a los estándares óptimos y factibles.
Por lo expuesto, se elabora el presente Plan de Autoevaluación para la Acreditación

III. FINALIDAD.

Contribuir a garantizar que las IPRESS de la red de Salud Tarma y el Hospital Félix Mayorca Soto, cuenten con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplen con estándares de calidad.
Para tal fin en el marco del lineamiento de política del sector, el MINSA a través de la R.M. N° 456-2017/MINSA, Norma Técnica de salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, mediante NTS N° 050-2017-MINSA/DGSP brinda las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de IPRESS, las mismas que tienen por finalidad:

- Contribuir a garantizar a los usuarios y el sistema de salud que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de estándares nacionales previamente definidos
- Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de Autoevaluación para cada macroprocesos (gerenciales, asistenciales y de apoyo en ese contexto se elabora el presente plan para su implementación.)

IV. MARCO LEGAL

- Ley Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- RM Nº 519-2006/MINSA Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM Nº 456-2007/MINSA Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM Nº 270-2009/ MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"
- RM Nº 727-2009/MINSA Políticas Nacionales de Calidad en Salud.
- Decreto Supremo 013-2006 Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

V. OBJETIVOS

GENERAL

Desarrollar el proceso de autoevaluación para la Acreditación y determinar el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de las IPRESS de la. Red de Salud Tarma y Hospital FMS, con miras al mejoramiento continuo de la calidad garantizando seguridad en la atención a los usuarios

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Comprometer al equipo de gestión en la autoevaluación y el análisis correspondiente como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brindan.

2. Implementar un plan de mejoramiento, dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.

3. Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación obligatoria en todas las IPRESS de la Red de Salud Tarma y Hospital FMS.

VII. METODOLOGIA DE TRABAJO

Se realizará la evaluación siguiendo la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NT 050-MINSA-DGSP-V.02)

Se capacitará a los evaluadores internos en utilización de los instrumentos

- Guia del evaluador
- Listado de estándares
- Aplicativo de Acreditación

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 segundad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

En ese contexto, con el propósito de cumplir con la metodología de trabajo se ha establecido las siguientes fases

1. **Autoevaluación**

Es la fase de inicio del proceso está a cargo del equipo de evaluadores internos. el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor que vienen desarrollando en la institución

Esta fase se ejecutará mínimo una vez al año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

2. **Evaluación externa**

Proceso de evaluación a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la Comisión del Ministerio de Salud y la Dirección de Calidad en Salud

La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación, con calificación aprobatoria

CONTENIDO

TÉCNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

1 Verificación documentaría: Constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS, el estudio de mapa de procesos etc.

2 Visita a Unidades: Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica Se observa a las personas Así también se trata de observar el entorno

3 Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.

4 Trazado de paciente: Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la Institución

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones teniendo un total de 341 estándares de calidad

VIII. ORGANIZADORES

Red:

- Director Ejecutivo de la Red de Salud
- Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
- Coordinadora del Equipo de Gestión de la Calidad
- Comité y Equipo de Acreditación.

Micro Redes:

- Jefatura de la Micro Redes.
- Responsable de Calidad de las Micro redes
- Equipo de autoevaluación (mínimo 5 personas)

DISTRIBUCIÓN DE LAS FUNCIONES A EVALUAR SEGÚN EL PERFIL DE LOS EVALUADORES

Los evaluadores de perfil asistencial se harán cargo de evaluar y calificar las siguientes secciones y funciones.

SECCIÓN 1: DIRECCIÓN, ESTRATEGIA Y CALIDAD
1.1 Dirección
1.2 Estrategias y áreas administrativas
1.3 Gestión de la Calidad y Segundad del Paciente

SECCIÓN 2: PROCESO ASISTENCIAL
2 1 Accesibilidad y Continuidad de la atención
2 2 Evaluación de los pacientes
23 Atención de los pacientes

SECCIÓN 3: ÁREAS ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN
3.1 Anestesia y Cirugía
3.2 Emergencias
3.3 UCI
3.4 Centro Obstétrico
3.5 Patología Clínica
3.6 Anatomía Patológica
3.7 Banco de Sangre
3.8 Diagnóstico por Imágenes
3.9 Procedimientos Invasivos

SECCIÓN 4: ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROCESO ASISTENCIAL
4.1 Atención Centrada en la Persona
4.2 Gestión de la medicación
4.3 Prevención y Control de la Infección
4.4 Historia Clínica
4.5 Docencia e Investigación Clínica

Los evaluadores de perfil no asistencial y/o administrativo se harán cargo de evaluar y calificar las siguientes secciones y funciones

SECCIÓN 5: DIRECCIÓN, ESTRATEGIA Y CALIDAD
5.1 Liderazgo y Dirección
5.2 Estrategia

SECCIÓN 6: PROCESOS DE SOPORTE
6.1 Esterilización Limpieza y Lavandería
6.2 Gestión de Materiales y Residuos
6.3 UPSS Alimentación (Hostelería)

6.4 Seguridad ante Emergencias y Desastres

SECCIÓN 7: GESTIÓN DE RECURSOS
7.1 Gestión de los Recursos Humanos
7.2 Gestión de Edificios e Instalaciones
7.3 Gestión de Equipamiento Médico
7.4 Gestión de los Sistemas de Información

IX. RESPONSABILIDADES

Responsabilidades del Equipo Evaluador:

•Haber recibido formación corno evaluador para la Acreditación de servicios de Salud
•Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garanticen mejores condiciones individuales para cumplir con la autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse
•Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir
•Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones Idóneas
•Documentar sus observaciones
•Tratar la información confidencial con discreción
•Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo
•Comunicar Inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara

Responsabilidades del personal de la IPRESS:
El personal que labora en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente plan.

COMITÉ DE ACREDITACION EN SALUD DE LA RED DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO-TARMA.
Director (a): Lic. Adm. Patricia Paredes Soldevilla.
Coordinador General: Obst. Pedro Raúl Huaylinos Huamán
Jefatura de Of. de Salud Pública: Lic. Enf. Luz Argandoña Egoavil
Coordinadora de Servicios de Salud: Obsta. Zhenia Ángela Blanco Molero
Jefe de Recursos Humanos: Abog. Freddy Johnny Pareja Villafuerte.

MIEMBROS:

1.	Lic. Enf. Fredy Fidel Medina Espinoza	Enfermero Especialista
2.	Lic. Enf. Sady Calderón Pérez	Enfermera Especialista
3.	Lic. Enf. Nilda Elena Cuyubamba	Enfermera Especialista
4.	Lic. Enf. Rosa Tejeda Machuca	Enfermera
5.	Obst Luz Verónica Soto Sánchez	Obstetra
6.	Lic. Enf. Teodora Prado Inocente	Enfermera

COMITÉ Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD
Evaluadores Gerenciales.

1.	Psc. Oscar Alfonso Baldeón Day.	Director Adjunto del Hospital FMS.
2.	Lic. Enf. Luz Argandoña Egoavil	Jefatura de Of. de Salud Pública
3.	Lic. Enf. Gaby Limas Avalos	Coordinadora de Servicios de Salud
4.	Obst. Pedro Raúl Huaylinos Huamán	Coordinador Gestión de la Calidad
5.	Lic. Enf. Teodora Prado Inocente	Enfermera Especialista
6.	Sandra Gabriela Ochoa Lazo	Jefe Oficina Planeamiento y Presupuesto
7.	Gesica Cloris Santisteban Durand	Enfermera.
8.	Abog. Freddy Johnny Pareja Villafuerte	Jefe de Recursos Humanos
9.	Lic. Enf. Mirko Rene Porras Verastegui	Enfermero Especialista
10.	Sr. Marithza Quijada Pacheco	Técnico Sanitario Ambiental I

Evaluadores prestacionales.

1. Lic. Madeleine Bertha Amaro Cosme — Enfermera.
2. Lic. Rosa Yolanda Tejeda Machuca — Jefa del departamento de Enfermería
3. Lic. Enf. Fredy Fidel Medina Espinoza — Enfermero Especialista
4. Lic. Maria E. Rojas Romero — Enfermera Especilaista
5. M.C. Verónica Lizet Miguel Huamán — Coord. de USPP.
6. Obst. Nilda Nelida Zurita Surichaqui — Obstetra Especialista
7. Obst Luz Verónica Soto Sánchez — Obstetra.
8. Lic. Ileana Mercedes Crosby Ramón — Trabajadora Social
9. Lic. Sary Marmolejo Orellana — Enfermera
10. Lic. Nilda Elena Cuyubamba Damian — Enfermera Especialista
11. Lic. Justa Choquehuanca Suarez — Enfermera Especialista
12. Lic. Eva E. Tacuri García — Enfermera Especialista
13. Lic. Zoraida Luz Carhuas Panez — Enfermera Especialista
14. Lic. Amanda E. Porras Cochachi — Enfermera
15. Lic. Juana Cavero Suarez — Enfermera
16. Lic. Maria del Rosario Guarda Barrios — Enfermera Especialista

Evaluadores de apoyo.

1. Sra. Maritza Alcalde Cavero — Técnico informático
2. M.C. Cesar Velásquez Javier — Medico Especialista
3. Lic. Fabiola Romero Rivera — Enfermera CAS
4. Sra. Eliana Natalia Amanzo López — Químico Farmacéutico.
5. Sr. Marco A. Vicuña Velasco — Cajero I
6. Srta. Dany Marcela Palma Huamán — Nutricionista
7. Sr. Pedro Raúl Dueñas Ruiz — Jefe de la Unidad de logística
8. Sr. Daniel Enrique Filberto Villaizán — Asistente Profesional II
9. Sr. Luis Alberto Huatuco Galarza — Supervisor Administrativo
10. Jefes de los Departamentos, Servicios y Áreas.

X. PRESUPUESTO.

Genérica de gasto	Descripción	Monto s/.
23.11.11	Alimentos y bebidas para consumo humano (capacitacion)	250
23.15.12	Papelería en general, útiles h materiales de oficina	250
23.19.12	Libros, textos y otros materiales impresos	500
26.61.99	Gastos por la adquisiscion de activos(Equipo de computo)	3000
	TOTAL	**4000**

XI. CRONOGRAMA

Las actividades se realizarán según programación adjunta.

CUADRO DE ACTIVIDADES Y SUS ATRIBUTOS PARA LA ACREDITACION DE LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD TARMA 2018-2019

N°	DENOMINACION			CRITERIOS DE PROGRAMACION														RESPONSABLE
	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	Factor De concertación	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE / VERIFICACION REGISTRO	CRONOGRAMA X MESES												
							2018				2019								
							S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	
1	Implementar el proceso de autoevaluación y mejoramiento de los estándares para la acreditación	Monitoreo de mejora de estándares para la acreditación	Plan elaborado y aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos y actividades del proceso de acreditación	Documento físico y virtual del plan y RD que lo aprueba		X											Comité de Acreditación
			Informe del **Proceso de Autoevaluación**	1	Actividades de evaluación interna **(Autoevaluación)** del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados y clasificados en categoría de macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.	Informe emitido por LA IPRESS sobre comunicación de inicio de autoevaluación y Plan de Autoevaluación respectivo, informes técnicos de Autoevaluación.		X	X										
			Informe final de la Autoevaluación	1	Resultados y recomendaciones de la Autoevaluación	Documento físico y virtual del resultado del proceso de autoevaluación			X	X							X	X	
			Informe de la implementación de las mejoras en los procesos priorizados	1	Acciones priorizadas de apoyo y verificación periódica de las acciones de mejora a las dependencias y responsables de las mismas.	Documento físico y virtual del resultado del seguimiento de los macro procesos.					X	X	X	X	X			X	
2	Implementar el proceso	Difusión y fortalecimiento del conocimiento de los aspectos comprendidos en el proceso de acreditación.	Informe	2	Acciones de coordinación e información de los resultados y recomendaciones de la autoevaluación	Actas de reunión con los equipos de trabajadores de los diferentes servicios. Documentos remitidos.					X	X		X	X				Comité de Acreditación
		Sensibilizar y liderar el proceso de Autoevaluación para la acreditación	Plan evaluado y aprobado	1	Documento mediante el cual se establecen los objetivos y actividades de la autoevaluación	Documento físico y virtual del plan y RD que lo aprueba					X					X			
			Informe	1	Concienciar a los colaboradores de las IPRESS sobre el proceso de autoevaluación para la acreditación.	Actas de reuniones y documentos emitidos						X			X				

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD TARMA HOSPITAL FELIX MAYORCA S.
OBST. PEDRO R. HUAYLINOS HUAMAN
OF. SALUD PÚBLICA COOR. GESTIÓN DE CALIDAD
COP: 21024 RNE. 563-E01