



GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES
MICRO RED DE PAMPA GRANDE



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

NOTA DE COORDINACIÓN N° 132 -2022/GOB. REG.TUMBES-DRST-DR-MRPG-CSPG.I.

A : LIC OBST. DELMER FERIA RIVAS
Director de Calidad en Salud

DE : MG. JENNIFER LÓPEZ CÉSPEDES
JEFA DE LA MICRO RED DE PAMPA GRANDE

ASUNTO : ALCANZO PLAN DE AUTOEVALUACION

FECHA : TUMBES, 25 DE ABRIL DEL 2022

Mediante la presente le saludo cordialmente y a la vez alcanzarle el plan de autoevaluación del centro de salud de Pampa Grande .

Sin otro particular; aprovecho la oportunidad para para expresar las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente.

JSLC/JMPG
C.c.
Archivo

Nuevo Reg. Documento: 01240040

Nuevo Reg. Expediente: 01058474

GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TUMBES

Mg. JENNIFER LÓPEZ CÉSPEDES
JEFA MICRO RED PAMPA GRANDE

292

"Año del fortalecimiento de la soberanía nacional"

Nota de coordinación n°01/2022- DRST.-MRPG.-CSPG-FIJ.

A : Mg . Jennifer Lopez Cespedes
DE : Med. Fernando Infantes Juárez
ASUNTO : Alcanzo Plan de Autoevaluación MicroRed Pampa Grande Año 2022
FECHA :Tumbes, 14 de Junio del 2022

Me dirijo a usted para expresar mi cordial saludo y al mismo tiempo hago entrega a su despacho el" Plan de Autoevaluación de los establecimientos de salud de la Micro Red Pampa Grande año 2022."

Sin otro particular , es todo cuanto informo. Agradeciendo la atención brindada a la presente.

Atentamente.


Obsta. Mg. Mario F. Roba Herrera
COP.: 15826


Fernando Infantes Juárez
Médico Cirujano
GM P. 39731

291



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección Regional de
Salud Tumbes



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN MICRO RED ...PAMPA GRANDE. 2022



TUMBES - PERÚ

INDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. BASE LEGAL
- IV. OBJETIVO
- V. ALCANCE
- VI. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
- VII. ANALISIS FODA
- VIII. PROBLEMAS IDENTIFICADOS
- IX. ORGANIZACIÓN
- X. RESPONSABILIDAD
- XI. PRESUPUESTO
- XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de los lineamientos de la política sectorial y del sistema de gestión de la calidad en salud emanados del Ministerio de Salud, en el que se establece principios conceptuales y objetivos que orientan los esfuerzos del sector salud para el mejoramiento de la calidad como un derecho de todas las personas, En este contexto se han definido un conjunto de estándares, indicadores e instrumentos para la evaluación de la calidad algunos de los instrumentos establecidos que permitan la garantía y mejora de la calidad son: la evaluación interna y externa con el objetivo de alcanzar la acreditación de los establecimientos de salud y servicios medico de apoyo.

El proceso de autoevaluación de cada IPRESS, según la normatividad vigente es de una vez por año como mínimo y más según corresponda de acuerdo a resultados obtenidos, hasta lograr el porcentaje mínimo de calificación que es el 85% para que luego se proceda a la evaluación externa por evaluadores externos del Ministerio de Salud o Su Salud (nivel central). Este proceso se basa en la comparación del desempeño de la IPRESS con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de salud. Orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las UPS de una IPRESS. La cual se caracteriza como: Motor de cambio efectivo en las instituciones, ofrece la oportunidad de alcanzar estándares de excelencia, además que es proyecto a mediano o largo plazo en el que es tan o mas importante el camino que se recorre que la obtención del certificado.

El presente documento busca establecer las pautas básicas para que los equipos de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Región Tumbes, puedan evaluar e identificar las brechas entre la calidad esperada (estándar) como un ideal y la calidad ofertada como lo real (observada o la realidad de la IPRESS), cuyos resultados obtenidos permitan a los equipos de salud, implementar acciones de mejora continua para una atención integral de salud con calidad.

II. JUSTIFICACIÓN

El presente plan nos proporciona un marco para ayudar a crear e implementar sistemas y procesos que mejoren la afectividad operativa y los resultados de salud positivos, fortaleciendo la efectividad del equipo interdisciplinario, mitigando el riesgo de eventos adversos en servicio, permitiendo el uso eficiente y eficaz de

los recursos en los servicios de salud; además disminuye las variaciones en la práctica entre los profesionales de la salud y tomadores de decisiones, mejorando la reputación de la organización entre los usuarios finales y aumenta su conocimiento y percepción de la calidad de la atención, sostiene mejoras en la calidad y el desempeño organizacional.

La guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios de médicos de apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo.

También proporciona a las organizaciones de atención sanitaria una visión bien definida para la calidad sostenible y las iniciativas de mejora, promueve una cultura de calidad y seguridad, mejora la comunicación y la colaboración interna y con los grupos de interés externos, estimula los esfuerzos de mejora sostenible de la calidad y eleva continuamente la exigencia con respecto a las iniciativas de mejora de calidad, políticas y procesos, contribuyendo a una mayor satisfacción en el trabajo entre los médicos, enfermeras y otros proveedores.

III. BASE LEGAL

1. RM. N° 519-2006/MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
2. Ley N° 26842, Ley general de Salud
3. RM N° 261-1998-SA/DM. Acreditación de Establecimientos de Salud.
4. Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud.
5. D. S. 014-2002-SA. ROF del Ministerio de Salud.
6. RM N° 640-2006/MINSA, aprueba Manual para la mejora continua de la calidad en salud.
7. RM N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NT N° 050-MINSA/ DGSP-V.02, Acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
8. R.M. N° 270-200/MINSA, aprueba la guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

IV. OBJETIVO

Implementar los procesos de autoevaluación para la acreditación de los establecimientos de salud de la micro red, conforme a la normatividad vigente que garantice la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

ESPECIFICOS.

1. Conformar el comité de autoevaluación para el desarrollo de los procesos.
2. Desarrollar los procesos de acreditación en los establecimientos de salud de la micro red, en busca de la acreditación, en el marco de la reforma del sector y de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
3. Mejorar la articulación y gestión de los servicios de salud, brindando asistencia técnica a los equipos de salud.
4. Monitoreo de ejecución, aplicación, evaluación, análisis e interpretación de los estándares de autoevaluación a nivel de los establecimientos de salud de la micro red.
5. Estimular la competitividad de los establecimientos basándose en criterios de calidad y efectividad, mejorando permanentemente para que la calidad en salud se convierta en una cultura organizacional.

V. ALCANCE

El plan acreditación de IPRESS para el año 2022, es de aplicación en el ámbito de los establecimientos de salud, en el marco de la normatividad vigente.

Establecimientos de salud del 1er. Nivel de Atención

DIRESA TUMBES

MICRO RED PAMPA GRANDE.....
CS. PAMPA GRANDE
CS. ANDRES ARAUJO
CS. PAMPAS DE HOSPITAL
CS. SAN JUAN DE LA VIRGEN
PS. PUERTO PIZARRO
PS. GARBANZAL
PS. CERRO BLANCO
PS CRUZ BLANCA

PS. CABUYAL
PS. EL LIMON
PS. GONZALES VILLEGAS

VI. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Los problemas identificados con respecto a la acreditación de IPRESS se enmarcan dentro de los siguientes factores:

1. Competencias; Limitados procesos de capacitación y verificación de competencias de los evaluadores.
2. Promoción del Proceso; Escaso posicionamiento del proceso de acreditación, como ventaja competitiva y diferenciadora entre ala IPRESS.
3. Emergencia sanitaria nacional por la pandemia del COVID 19, que se ha iniciado desde 16 de marzo 2020 y continua, dificultando el cumplimiento de las actividades programadas durante el presente año.

CLASIFICACIÓN DEL PUNTAJE DE APROBACIÓN DE ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Calificación/Puntaje	Procedimiento
85 % y más	Calificado para acreditación
70 % hasta menos de 85 %	6 meses
50 % hasta menos de 70 %	9 meses
Menos del 50 %	Reiniciar Autoevaluación

VII. ANALISIS FODA

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente compromiso del personal de salud para mejorar, corregir y aprender de los errores. • Personal de Salud desmotivado • Débil empoderamiento gerencial de la mayoría de jefes y trabajadores de los establecimientos de salud. • Alta burocracia y exceso papeleo. • Declaratoria de emergencia sanitaria nacional por la pandemia del COVID 19. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de presupuesto para el cumplimiento de las actividades • Zona endémica para enfermedades Metaxénicas entre otras. • Deficiente servicio de agua y desagüe. • Demanda creciente de población usuaria en los servicios de salud, ocasionando congestionamiento en los servicios de salud. • Intervención política en salud. • Infraestructura deficiente en los establecimientos

	de salud de la DIRESA. •
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Organismo regional descentralizado • Experiencia de los recursos humanos. • Conocimiento de la situación en salud. • Normatividad existente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de Gobiernos locales • Alta necesidad identificada por parte de los usuario. • Apoyo de Instituciones locales • Acceso a nuevas tecnologías de información • Compromiso de Jefatura de micro red

VIII. PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Insuficiente capacitación y motivación de los recursos humanos
- Debil empoderamiento gerencial de la mayoría de jefes y trabajadores de los establecimientos de salud
- Declaratoria de emergencia sanitaria nacional por la pandemia del covid 19 a partir del 16 de marzo 2020, dificultando el cumplimiento del desarrollo de las actividades.

IX. ORGANIZACIÓN

- Dirección General en Salud.
- Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.
- Dirección de red
- Dirección de Logística
- Dirección de Calidad en Salud de la DIRESA
- Jefatura de la micro red
- Responsable de Calidad de la Micro Red
- Responsable de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la Micro Red
- Equipo de Autoevaluación de la Micro red
- Jefatura de Establecimientos de Salud

X. RESPONSABILIDAD

- I. Dirección General en Salud.
- II. Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.
- III. Dirección de Logística
- IV. Dirección de Calidad en Salud de la DIRESA
- V. Dirección de Red.
- VI. Jefatura de la micro red
- VII. Responsable de Calidad de la Micro Red
- VIII. Responsable de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de la Micro Red
- IX. Equipo de Autoevaluación de la Micro red ,integrantes: 1 Fernando Infantes Juárez Responsable
2 Carlos More Godos
3 Hugo Cano Castillo
4 Cinthia Agurto Baca
5 Paola Alvarez Atoche
6 Gustavo Acosta Moretti

X. Jefes de Establecimientos de Salud - Responsables de Gestión de Calidad de los EE-SS

XI. **PRESUPUESTO:** Presupuesto será asumido por la dirección regional de salud

