



## RESOLUCIÓN JEFATURAL

### N° 031-2023-GRA/PE-GRSA/GR-DRSAC-D-MRAP-J.

#### Visto:

El Informe N°001-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRA-AMP-SGC. de fecha 09 de mayo del presente año, presentado por la responsable de Gestión de la Calidad de la Microred, la Jefatura dispone se proyecte la Resolución Jefatural de aprobación de los "Planes de Gestión de la Calidad" de la Microred Ampliación Paucarpata periodo 2023, y;

#### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea y que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, por Ley N°27657, de fecha 29 de enero del 2002, se aprueba la Ley del Ministerio de Salud, cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud;

Que, mediante R.M.N°456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Apoyo la misma que establece en sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo;

Que, mediante R.M. N°502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, aprueba la NTS N°029/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en el punto 6.1.1 menciona que cada establecimiento de salud constituirá los siguientes comités: Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente, para la Gestión de Riesgo en la atención de Salud" con la finalidad de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, por R.M.N°527-2011/MINSA de fecha 11 de julio del 2011, se aprobó la "Guía Técnica para la Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, por R.M.N°468-2011/MINSA se aprobó la Guía Técnica "Guía para la Evaluación del usuario externo";

Que según informe N° 001-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRAP de fecha 09 de mayo del 2023, la Jefatura de la Microred, dispone aprobar "los Planes de Gestión de la Calidad" de la Microred Ampliación Paucarpata periodo 2023;

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley N° 31638 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2023 y según Decreto Ley N° 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N°10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R.N°044-2008-Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa – Red de Salud Arequipa-Caylloma;

Estando a la parte considerativa y con la opinión favorable de la Jefatura de la Microred;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar los Planes de Gestión de la Calidad, los mismos que están integrados por los siguientes: Plan de Gestión de la Calidad en Salud, Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de la IPRESS y Servicios médicos de apoyo y el Plan de Rondas para la Seguridad del Paciente (88 folios), de la Microred Ampliación Paucarpata periodo 2023", y que forman parte de la presente Resolución Directoral.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La Jefatura de la Microred, velara por el seguimiento y cumplimiento de los referidos Planes, informando de los avances del mismo a la Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

**ARTICULO TERCERO:** Dejar sin efecto las Resoluciones que se opongan a la presente.

**ARTÍCULO CUARTO:** Encargar a la Responsable de Personal la Notificación de la presente a las partes interesadas.

Dado en la sede de la Microred Ampliación Paucarpata a los once (11) días del mes de mayo del año 2023

**REGISTRESE Y COMUNIQUESE**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED AMPLIACION PAUCARPATA  
*Y. Tejada P.*  
DRA. YVONN TEJADA PAREDES  
MEDICO JEFE  
C.M.P. 19996

YJTP/rfq  
Transcrita a:  
- RSAC.  
- Jefatura MRAP.  
- Responsables. EESS  
- Interesados  
- Cc: Archivo

# RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

## “PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN DE LAS IPRESS Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO DE LA MICRORED AMPLIACIÓN PAUCARPATA PARA EL PERIODO 2022”



### INTEGRANTES DEL COMITÉ ACREDITACION

---

**Presidente:**

Jefa de la Microred Ampliación Paucarpata

M.C. Yvonn J. Tejada Paredes

**Secretaría:**

Responsable de Gestión de la Calidad

M.C Carmen Rocío Oporto Pérez

**Vocales:**

Responsable del Centro de Salud Manuel Prado

M.C. Yaneth Pinazo Contreras

Responsable del Centro de Salud Campo Marte

Obs. Vilma Chapi Ramos Contreras

Responsable del Centro de Salud Nueva Alborada

M. C. Nathaly Veronica Calsina Mamani

Equipo de autoevaluadores internos

# CONTENIDO

- I. Introducción
- II. Justificación
- III. Objetivo General
- IV. Objetivo Especifico
- V. Alcance
- VI. Base Legal
- VII. Metodología de Evaluación
- VIII. Disposiciones Generales
- IX. **Anexos**
  - Anexo N°1 Flujograma de la Autoevaluación
  - Anexo N°2 Indicadores
  - Anexo N°3 Indicadores/ Cronograma
  - Anexo N°4 Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
  - Anexo N°5 Hoja de Recomendaciones

# **“PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN DE LAS IPRESS Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO DE LA MICRORED AMPLIACIÓN PAUCARPATA PARA EL PERIODO 2023”**

## **I. INTRODUCCIÓN:**

La **Autoevaluación** es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento

La Autoevaluación es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud (IPRESS), o servicio médico de apoyo.

El presente Plan de Autoevaluación para el presente año, se formula en el marco de la normatividad de Acreditación de los Establecimientos de Salud, cuyo contenido fue aprobado por consenso por los integrantes del Equipo de Evaluadores internos quienes apoyaran a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macro procesos y así promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud.

Es indispensable impulsar herramientas de calidad para fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad en el desarrollo eficiente de los procesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo a nivel de las IPRESS, el compromiso de la organización debe ser permanente para mejorar la calidad de servicio en un entorno seguro con un enfoque humano y social.

Para nuestra Microred es prioridad ejecutar este **Plan** que nos permita detectar los nudos críticos para revertir y someterse de ser necesario a una segunda autoevaluación previo a la evaluación externa.

Finalmente, como inicio del proceso de Autoevaluación es necesario revisar y evaluar el listado de estándares de acuerdo a la naturaleza de servicio que se brinda a la población, luego organizar la intervención del Equipo de Evaluadores Internos en los diferentes macro procesos haciendo uso de los formatos contemplados en la normativa para dicho trabajo.

## **II. JUSTIFICACIÓN:**

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 definidos.

## **III. OBJETIVO GENERAL:**

Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud – IPRESS de la Microred Ampliación Paucarpata.

## **IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
2. Establecer la programación de actividades para la autoevaluación de los macro procesos en las IPRESS de la Microred Ampliación Paucarpata
3. Determinar las brechas de los criterios evaluados en cada uno de los macro procesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
4. Valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación.

## **V. BASE LEGAL**

Ley N° 26842 — Ley General de Salud

D.S. N° 13- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA,

NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo"

## **VI. AMBITO DE APLICACIÓN**

IPRESS de la Microred Ampliación Paucarpata y Servicios Médicos de Apoyo, evaluándose todos los macro procesos de acreditación del nivel I-3 y I-4, orientado al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y a las necesidades de la población que atendemos.

## **VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:**

El Equipo de Evaluadores Internos utilizará diversas Técnicas, todo ello a evidenciar y a verificar los Criterios de Evaluación de la Lista de Estándares.

El documento Técnico a utilizar será el Listado de Estándares de Acreditación, el cual contiene los estándares, atributos, relaciones de referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macro procesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%), y de resultados (19%).

Existen tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- Normas legales que regulan los proceso emanados por el MINSA
- Normas legales sectoriales que regulan los procedimientos y procesos institucionales
- Y normas internas de cada IPRESS prestador.

Las Técnicas a utilizar son:

- Verificación/revisión de documentos
- Observación
- Entrevistas
- Auditorías

- Encuestas

## Instrumentos para la Autoevaluación

### a. Listado de Estándares de Acreditación

<b>Macro proceso:</b>				
Objetivo y alcance:				
<b>Código</b>	<b>Estándar</b>	<b>Atributos relacionados</b>	<b>Referencia normativa</b>	<b>Criterios de evaluación</b>

El Listado de Estándares de Acreditación está dividido en:

- Macro proceso, el objetivo y alcance de la evaluación;
- El código del estándar;
- El estándar;
- Los atributos relacionados al estándar;
- La referencia normativa nacional sectorial

*Clasificación de los macro procesos:*

Se contempla veintidós macro procesos que representan a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud.

<b>Clasificación de los Macroprocesos</b>	<b>Macroprocesos</b>
<b>Macroprocesos Gerenciales</b>	Direccionamiento
	Gestión de recursos humanos
	Gestión de la calidad
	Manejo del riesgo de atención
	Gestión de seguridad ante desastres
	Control de la gestión y prestación
<b>Macroprocesos Misionales</b>	Atención ambulatoria
	Atención extramural
	Atención de hospitalización
	Atención de emergencias
	Atención quirúrgica
	Docencia e Investigación
<b>Macroprocesos de Apoyo</b>	Apoyo diagnóstico y tratamiento
	Admisión y alta
	Referencia y contrarreferencia
	Gestión de medicamentos
	Gestión de la información
	Descontaminación, Limpieza, <u>Desinfección</u> y Esterilización
	Manejo del riesgo social
	Manejo de nutrición de pacientes
	Gestión de insumos y materiales
Gestión de equipos e infraestructura	

Diagrama 1: La estructura del Listado de Estándares de Acreditación es el siguiente:

Es preciso conocer que los macro procesos (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra los MP que no aplican según la categoría y naturaleza jurídica de los establecimientos de salud:

Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica)	Macro procesos que <u>NO APLICAN</u>	N° de Macro procesos que no aplican por categoría y naturaleza jurídica
I-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de Hospitalización</li> <li>- Atención Quirúrgica</li> <li>- Docencia e Investigación</li> <li>- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento</li> <li>- Manejo de Nutrición de Pacientes</li> </ul>	5
I-2		
I-3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de Hospitalización</li> <li>- Atención Quirúrgica</li> <li>- Docencia e Investigación</li> <li>- Manejo de Nutrición de Pacientes</li> </ul>	4
I-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención Quirúrgica</li> <li>- Docencia e Investigación</li> <li>- Manejo de Nutrición de Pacientes</li> </ul>	3
II-1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención Extramural</li> </ul>	1
II-2		
III-1		
Clínicas Privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención Extramural</li> <li>- Docencia e Investigación (opcional)</li> <li>- Manejo del Riesgo Social</li> </ul>	3
Hospitales EsSalud y FFAA y Policiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención Extramural</li> <li>- Manejo del Riesgo Social</li> </ul>	2

**b. Formatos para la evaluación**

- Hojas de Registro de Datos, que incluye:
  - a. Nombre del Establecimiento,
  - b. El macro proceso evaluado, n
  - c. Nombre de los evaluadores,
  - d. La fecha de la evaluación,
  - e. Los servicios o áreas evaluadas,
  - f. La identificación de los participantes/evaluados,
  - g. El código del estándar, el código del criterio evaluado,
  - h. El puntaje obtenido (para evaluación externa se contará con dos columnas de puntaje),
  - i. Las fuentes auditables,
  - j. La técnica utilizada,
  - k. El sustento de la evaluación y/o comentarios
  
- Hoja de Recomendaciones, que incluye:

- a. El nombre del evaluador líder
- b. La fecha de las recomendaciones
- c. Los servicios evaluados
- d. El macro proceso intervenido
- e. Las observaciones
- f. Las recomendaciones

**c. Calificación de la evaluación**

El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será “aprobada” o “no aprobada”.

El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

**Calificación de la evaluación:**

Aprobado/Acreditado	No aprobado/No acreditado	
85%	70 a 84.9%	Nueva Evaluación en 6 meses
	50 a 69.9%	Nueva Evaluación en 9 meses
	- de 50%	Autoevaluación

**VIII. RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO**

- Haber recibido capacitación como evaluador interno en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garantice su desenvolvimiento individual con 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

## Competencias de un Evaluador

Responsabilidades	Competencias específicas	Capacidades
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macro procesos</li> <li>- Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas</li> <li>- Identifica posibles fuentes auditables según criterios objetivos</li> </ul>
Identifica acciones de mejoramiento continuo	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos)</li> </ul>
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica problemas</li> <li>- Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.</li> </ul>
Emite un Informe Técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resume hallazgos en base a evidencias objetivas</li> <li>- Sustenta las observaciones formuladas.</li> <li>- Elaborar informes cualitativos y/o cuantitativos.</li> </ul>

## IX. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso comprende dos fases: **Autoevaluación y Evaluación Externa.**
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de Evaluadores certificados.
3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad Sanitaria. Nacional.
4. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
5. Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
6. El EESS o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel local.
7. Para el primer nivel comprende una Microred o similar en otros subsectores.
8. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

### Equipo de Acreditación

- Unidad funcional designado oficialmente.  
Contará con un coordinador elegido por sus miembros.

### Equipo de Evaluadores Internos

- Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.  
Debe estar compuesto por un mínimo de 5 evaluadores.  
Evaluadores médicos (2) enfermera (1) evaluadores con experiencia en procesos de apoyo (2).  
El evaluador líder será seleccionado entre los miembros.  
Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación

### **Autoevaluación**

- A cargo de un equipo de Evaluadores Internos
- Es de carácter obligatorio
- Se realiza mínimo una vez al año
- Los establecimientos podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año

### **Evaluación Externa**

- A cargo de un equipo de evaluadores externos
- Es de carácter voluntario/Obligatorio para AUS
- Se realiza en un plazo no mayor a 12 m de la última autoevaluación aprobada

### **Disposiciones Finales:**

1. Todos los actores pueden canalizar propuestas de ajustes.
2. Guía Técnica del Evaluador.
3. Directiva que regula el accionar de las Comisiones Sectoriales de Acreditación.
4. Directiva que regula la Generación de Capacidades en Evaluadores.
5. Listado de estándares de acreditación para establecimientos
6. Los casos no contemplados serán desarrollados en otras normas.

## **X. ANEXOS**

**ANEXO N° 1** flujograma de la Autoevaluación

**ANEXO N° 2** Indicadores

**ANEXO N° 3** Indicadores – Cronograma

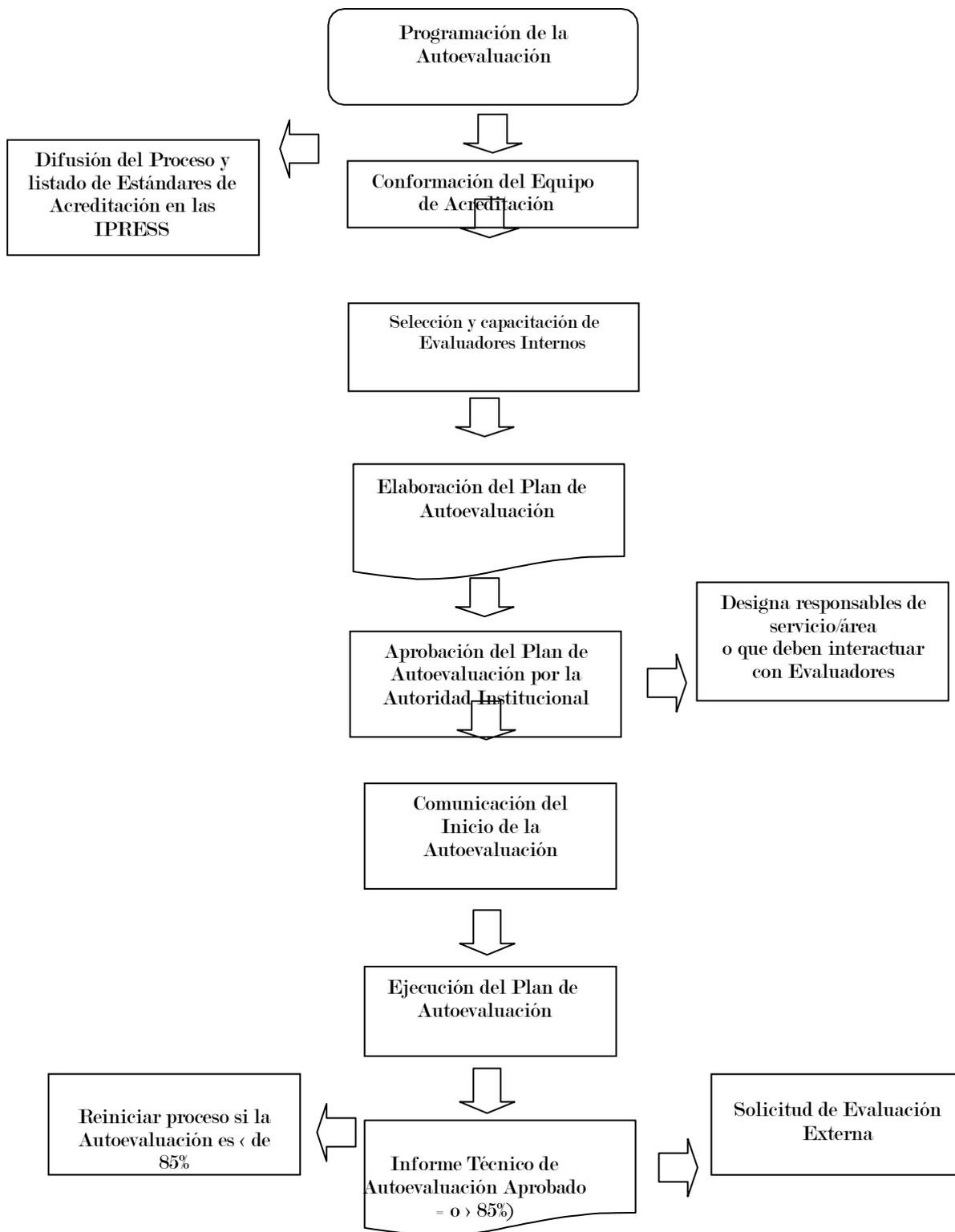
**ANEXO N° 4** Evaluadores Internos

**ANEXO N° 5:** Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

**ANEXO N° 6:** Hoja de Recomendaciones

**ANEXO N° 1**

**FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN**



## ANEXO N°02

### INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACION	Todos los EESS realizan la autoevaluación	Porcentaje de EESS que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud (IPRESS) que pertenecen a la Microred Ampliación Paucarpata}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los EESS que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02	I- 3 a I-4	Gestión de la Calidad
2		Todos los EESS han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de EESS que han aprobado la Autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total, Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

**ANEXO N°03**

**INDICADORES - CRONOGRAMA**

INDICADOR	N°	%	CRONOGRAMA 2022												2023
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
Porcentaje de EESS que han realizado la autoevaluación															
Porcentaje de EESS que han aprobado la Autoevaluación															
<b>INDICADOR</b>	4														
Porcentaje de EESS que han realizado la autoevaluación															
Porcentaje de EESS que han aprobado la Autoevaluación															

## **ANEXO N° 04: EVALUADORES INTERNOS**

## **ANEXO N° 05: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación**

Establecimiento de Salud :

\_\_\_\_\_

Macro proceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Servicios evaluados :

\_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código del Estándar: \_\_\_\_\_

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios

