



Resolución Jefatural

Arequipa, 30 de Marzo del 2023

Visto el Acta del Comité de Gestión de fecha 14 de marzo del 2023, la Microred Mariscal Castilla, de asignación de funciones a los responsables de Programas y Estrategias dispone aprobar el **PLAN OPERATIVO DE GESTION DE LA CALIDAD** de la Microred Mariscal Castilla.

CONSIDERANDO:

Que el D.S.N° 007-2010-PCM-TUO de la Normativa del Servicio Civil y el D.S.N° 005-90PCM.Reglamento del Decreto Legislativo N°276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Publico, establecen las condiciones para la asigna

ción de funciones que debe desempeñar un servidor público nombrado.

Que mediante Resolución Directoral N° 405-2009-GRA/GRS-RSAC-D-OPPDI-D-ORG, con fecha 21 de setiembre del 2009, se aprueba el Manual de Organizaciones y Funciones der la Red Arequipa Caylloma, el mismo que incluye al Centro de Apoyo Nutricional y de las 28 Micro Redes de Salud pertenecientes a su jurisdicción.

Que para garantizare el normal desarrollo de las actividades programadas en los establecimientos de salud que conforman la Microred de Mariscal Castilla, resulta necesario asignar a los servidores públicos nombrados, las diferentes funciones de responsabilidad y coordinación de los Programas, Estrategias, Servicios y Áreas, según el nivel de carrera, grupo ocupacional y especialidad alcanzados.

Que el artículo 17.1 de la Ley del Procedimiento Administrativo General establece que la autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión.

De conformidad con el D.S. N° 007-2010-PCM-TUO de la Normatividad del Servicio Civil, el D.S. N° 005-90-PCM Reglamento del Decreto Legislativo Nro. 276 Ley de Bases de la carrera Administrativa y Remuneraciones del Sector Publico, Decreto de Urgencia N° 014-2019-Presupuesto del Sector Publico para el año fiscal 2022, Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada por la Ley N° 27902, La Ordenanza Regional N°010-2007-Arequipa, la Ordenanza Regional 044-2008-Arequipa, que aprueba el desarrollo de la Estructura a Organizacional de la Gerencia Regional de Salud, modificado el ROF de la Red de Salud Arequipa Caylloma, el Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) de la Microred Mariscal Castilla **SE RESUELVE:**

ARTICULO 1 Se aprueba el **PLAN OPERATIVO DE GESTION DE LA CALIDAD, PLAN DE ACREDITACION Y AUTOEVALUACION , PLAN DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS Y PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD** de la Microred Mariscal Castilla para el periodo 2023.

ARTICULO 2°.- Se encarga al Responsable de Personal, para que cumpla con notificar la presente a la parte interesada dentro del plazo de la Ley.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRORED MARISCAL CASTILLA
Katusca Linares
GEBETRIAL COP 6527
GERENTE

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA MICRORED MARISCAL CASTILLA.

. AUTOEVALUACION

2023

I. INTRODUCCIÓN:

La experiencia demuestra que la calidad de la atención en salud no depende de manera determinante de mayor tecnología, ni de mayor valor de los procedimientos. Es un concepto equivocado que las grandes entidades de salud con el equipamiento tecnológico de punta y altos costos, son los únicos que pueden ofrecer calidad. La calidad depende de la estructuración de procesos y del uso apropiado de la tecnología que le ofrezcan al usuario, lo mejor para resolver su patología a costos razonables.

La Autoevaluación Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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 o servicio médico de apoyo.

II. FINALIDAD:

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. OBJETIVOS:

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. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
3. Dotar a los usuarios externos de información relevante para la selección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, por sus atributos de calidad.

V. CONTENIDO:

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 Aut. Sanit. 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 EEES o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel local.
7. Para el primer nivel comprende una Microrred 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 Generales

1. El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
2. El proceso para el primer nivel comprende una Microrred.
3. Comparten responsabilidades la Comisión Nacional Sectorial, la Comisión Regional Sectorial y la Dirección de Calidad en Salud.
4. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores certificados.
5. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
6. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
7. La revisión de los estándares se realizará mínimo cada tres años.
8. Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
9. El EESS o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel nacional, regional o local.
10. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

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.
7. EESS Acreditados podrán suscribir convenios entre sí para la contraprestación de servicios de salud.

Calificación de la evaluación:

1.- Aprobado / Acreditado

❖ **Aprueba con el 85%**

2.- No Aprobado / No Acreditado

❖ **70 a 84.9% 6m nueva evaluación**

❖ **50 a 69.9% 9m nueva evaluación**

❖ **Menor 50% autoevaluación**

IMPLEMENTACION DE LA AUTOEVALUACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

DEFINICION OPERACIONAL.-

Actividad de evaluación interna del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo

FUENTE DE VERIFICACION.-

Informe sobre conformación de equipos, Plan de autoevaluación, comunicación de inicio de autoevaluación e informe técnico de Autoevaluación de los establecimientos de salud de la Microred Mariscal Castilla.

CONCENTRACION.-

1 Anual

VI INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACION	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02	I-1 a II – 1	Oficina de Calidad
2		Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de Establecimientos de Salud 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"		

Manejo de registro social	T.S.Graciela Tapia,Nut.Ariela Espinoza,Gladys Pilco,Tec Sant									X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo de nutrición de pacientes										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de insumos y materiales										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de equipos e infraestructura										X	X	X	X	X	X	X	X
Procesos de datos	Ronald Mamani								X	X	X	X	X	X	X	X	
Análisis de resultados	Ps. Soledad								X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración del informe preliminar	Ps. Soledad									X	X	X	X	X	X	X	
Presentación del informe preliminar	Lic. Marilu Acabana										X	X	X	X	X	X	
Revisión y corrección del informe	Ps. Soledad										X	X	X	X	X	X	
Entrega del informe técnico	Ps. Soledad											X	X	X	X	X	

**ANEXO 1 - B –
EQUIPO DE LIDERES**

MACROPROCESOS		RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS -2022			
		C.S.MARISCAL CASTLLA	C.S.SEMIRURAL PACHACUTEC	P.S.JOSE SANTOS ATAHUALPA	P.S. CURAL
1	Direccionamiento	Lic. Marilu Acabana Mamani	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	Obst. Edward Chire Lipe
		Dra. Sonia Diaz Bravo	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dr. Franscisco Choquehuanca H.	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
2	Gestión de Recursos Humanos	C.D. Henry Quisca Pineda	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	C.D.Evelyn Zanabria Caceres	Tec. Enf. Liduvina Mamani G.
		Nut. Ariela Espinoza Ali	C.D. George Espinoza Zegarra	Obst. Karen Paredes Huiñocana	Obst. Edward Chire Lipe
3	Gestión de la Calidad	Ps. Soledad Eyzaguirre A.	Biolg. Gilda Peñalva Suca	Obst. Janeth Andia Chavez	Obst. Edward Chire Lipe
		Tec Ines Quesuta		C.D. Evelyn Zanabria Cáceres	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
4	Manejo de Riesgo de Atención	Dra Rocio Gavilano Vera	Dra. Tula Sanchez Garcia	Dr. Franscisco Choquehuanca H.	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
		Dr. Hugo Ascencios Villafuerte	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dra. Hayde Leon Flores	Obst. Edward Chire Lipe
5	Gestión de Seguridad ante desastres	Tec. Enf. Luis Alvaro Rojas	Tec. Enf. Percy Cuela Llanos	Tec. Enf. Aurelia Yucra Quispe	Tec. Enf. Liduvina Mamani G.
6		Enf. Genievivie Valderrama O.	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Trinidad Barrios Rozas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino

	Control de Gestión y Prestación	Enf. Celia Cueva Quispe	Enf. Clemencia Gamarra Mamani	Enf. Marlene Suri Bustamante	Enf. Rocio Bedoya Carranza
7	Atención Ambulatoria	Dr. Hugo Ascencios Villafuerte	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dr. Francisco Choquehuanca H.	Obst. Edward Chire Lipe
		Dra. Hayde León Flores	Dra. Tula Sanchez Garcia	Dra. Hayde León Flores	Dra. Hayde León Flores
8	Atención Extramural	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Enf. Clemencia Gamarra Mamani	C.D.Evelyn Zanabria Caceres	Obst. Edward Chire Lipe
		Nut. María Rita Lazo Salas	Nut. María Rita Lazo Salas	Nut. Maria Rita Lazo Salas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
9	Atención de Hospitalización	-----	-----	-----	-----
10	Atención de Emergencia	Enf. Genievivie Valderrama O.	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Trinidad Barrios Rozas	Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
		Enf. Clovaldo Paredes Mamani	Enf. Yessenia Terrazas Cano	Enf. Marlene Suri Bustamante	Enf. Rocio Bedoya Carranza
13	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biog. Lilita Ramos Lupaca	Biog. Gilda Peñalva Suca	Obst. Karen Paredes Huiñocana	Obst. Edward Chire Lipe
		Biog. Walter Cruz Huisa	Biog. Lilita Ramos Lupaca	Dr. Francisco Choquehuanca H.	Enf. Rocio Bedoya Carranza
14	Admisión y Alta	Enf. Marlene Huayta Paucar	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Trinidad Barrios Rozas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
		Enf. Vanessa Escobedo Leon	Enf. Yessenia Terrazas Cano	Enf. Yessenia Terrazas Cano	Enf. Rocio Bedoya Carranza
15	Referencia y Contrareferencia	C.D. Beatriz Calderón Arenas	Tec. Enf. Karen Meza Silva	Tec. Adm. Carmen Oblitas A.	Obst. Edward Chire Lipe
		Tec. Adm. Estefany Bustamante	Tec. Adm. Virginia Cuentas	Tec. Adm. Virginia Cuentas	Tec. Adm. Virginia Cuentas
16	Gestión de Medicamentos	Tec. Enf. Nancy Salas Yaro	Tec. Enf. Pilar Alvarez Curahua	Tec. Enf. Aurelia Yucra Quispe	Tec. Enf. Liduvina Mamani G.
		Tec. Enf. Giovana Riveros G.	Tec. Enf. Karen Meza Silva	Tec. Adm. Carmen Oblitas A.	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
17	Gestión de la información	Tec. Adm. Etefany Bustamante	Tec. Adm. Virginia Cuentas	Tec. Adm. Etefany Bustamante	Tec. Adm. Estefany Bustamante.
				Tec. Adm. Virginia Cuentas	Tec. Adm. Virginia Cuentas
18		P. L. Gladys Condori Cueva	P.L. Erlinda Cusi Quispe	P. L. Gladys Condori Cueva	P.L. Erlinda Cusi Quispe

	Esterilización, lavandería y limpieza	P.L. Erlinda Cusi Quispe	P. L. Gladys Condori Cueva	P.L. Erlinda Cusi Quispe	P. L. Gladys Condori Cueva
19	Manejo de Riesgo Social	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Enf. Clemencia Gamarra Mamani	C.D.Evelyn Zanabria Cáceres	Obst. Edward Chire Lipe
		Nut. María Rita Lazo Salas	Nut. María Rita Lazo Salas	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Enf. Rocio Bedoya Carranza
20	Manejo de nutrición de pacientes	Nut. Ariela Espinoza Ali	Nut. Paul Corbacho G.	Enf. Trinidad Barrios Rozas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
21	Gestión de insumos y materiales	Nut. Ariela Espinoza Ali	Tec. Enf. Percy Cuela Llanos	Tec. Adm. Carmen Oblitas A.	Obst. Edward Chire Lipe
		C.D. Henry Quisca Pineda	C.D. Henry Quisca Pineda	Obst. Karen Paredes Huiñocana	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
22	Gestión de equipos e infraestructura	Tec. San. Julio Suarez Gómez	C.D. George Espinoza Zegarra	Tec. San. Julio Suarez Gómez	Tec. San. Julio Suarez Gómez
		Vet. Julio Cesar Condori D.	Dr. César Nuñez Bernal	Vet. Julio César Condori D.	Vet. Julio César Condori D.

ANEXO 2

FECHA DE INICIO DE AUTOEVALUACION (SE ENVIA VIA REGULAR CON OFIC)

BASE DE DATOS DEL INICIO DE LAS AUTOEVALUACIONES –PERIODO 2022

TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	EESS INICIO	DENOMINACION	CATEGORIA	MICRORED	FECHA INICIO	DOC.	FECHA RECEP
04	1	C.S. Mariscal Castilla	I-3	MARISCAL CASTILLA	julio	OFIC	03-07-23
		C.S.				OFC	

	2	Semirural Pachacutec	I-3	MARISCAL CASTILLA	agosto		03-07- 23
	3	P.S. Jose S.Atahualpa	I-2	MARISCAL CASTILLA	set	OFC	03-07- 23
	4	P.S. EL CURAL	I-1	MARISCAL CASTILLA	set	OFC	03-07- 23