



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 013 -2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPDI-TIAB-J

Visto el documento. del responsable de Calidad en Salud de la MR. Tiabaya, donde solicita la emisión de Resolución de Aprobación del "Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de la MR. Tiabaya para el periodo 2023.

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 de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Arequipa - Caylloma aprobado por O.R. N° 044-2008-AREQUIPA, de fecha 14 de marzo del 2008, en su Artículo 8° Funciones Generales, inciso s) dice "Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad".

Que, por R.M. N°519-2006/MINSA del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", en el cual se señala en el eje de intervención de garantía y mejora de la calidad, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad insta en el Desarrollo e Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad la Auditoría de la Calidad de Auditoría de Calidad en la Atención en 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.

151
5659878
3603170

La Gerencia de la Micro red Tiabaya, dispone la emisión de la R.J. de aprobación del Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. de la MR. Tiabaya para el periodo 2023.

Con la opinión favorable de la Gerencia de la Micro Red

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º Aprobar, el "Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. para el período 2023 de la Micro Red Tiabaya.

ARTICULO 2º El Comité será responsable de la elaboración y ejecución del Plan Anual de Autoevaluaciones, Apoyo técnico de los equipos evaluadores internos, Proceso de autoevaluación de todas las IPRESS de su jurisdicción, apoyo en todo el proceso de las actividades programadas en el Plan de autoevaluación bajo estricta responsabilidad legal y administrativa.

ARTÍCULO 4º.- Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO 5º.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Dada en la Micro Red Tiabaya, a los veinte días del mes de Marzo del Dos mil veintitres.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
CENTRO REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED TIABAYA

Mg. Susana I. Colinda Mamani
JEFE DE MICRO RED
C.N.P. 3016

GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

MICRORED DE SALUD TIABAYA

**PLAN PARA LA
AUTOEVALUACIÓN DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD TIABAYA

Margot Chávez Aguedo
ASISTENTE SOCIAL
CTSP 440

A.S. MARGOT CHAVEZ AGUEDO
Responsable de Gestión de la Calidad

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:

- a. 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.
- b. Promover una cultura de calidad en todos los servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

- c. 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.

IV. CONTENIDO

1. Disposiciones Generales.

- El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
- El proceso para el primer nivel comprende una Micro Red Tiabaya.
- Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores certificados.
- La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
- La revisión de los estándares se realizará mínimo cada tres años.
- Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
- El EESS puede solicitar asistencia técnica al nivel nacional, regional o local.
- El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.
- El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

2. Equipo de Acreditación

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

3. 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 procesos de apoyo (2).
- El evaluador líder será seleccionado entre los miembros.
- Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

4. 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.

5. 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 meses de la última autoevaluación aprobada.

6. Disposiciones Finales:

- Todos los actores pueden canalizar propuestas de ajustes.
- Guía Técnica del Evaluador.
- Directiva que regula el accionar de las Comisiones Sectoriales de Acreditación.
- Directiva que regula la Generación de Capacidades en Evaluadores.
- Listado de estándares de acreditación para establecimientos
- Los casos no contemplados serán desarrollados en otras normas.
- EESS Acreditados podrán suscribir convenios entre sí para la contraprestación de servicios de salud.

8. Calificación de la evaluación:

1.- Aprobado / Acreditado:

- **Aprueba con el 85%**

2.- No Aprobado / No Acreditado:

70 a 84.9% En 6 meses nueva evaluación

50 a 69.9% En 9 meses nueva evaluación

Menor 50% autoevaluación

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES C.S. CERRO VERDE

ACITIVIDAD		RESULTADO	ME TA	CRONOGRAMA												RESPONSABLES	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	Conformación del equipo de acreditación	Equipo reconocido	1			x											Comité de la Gestión de la Calidad
2	Solicitar evaluación externa como parte del aprendizaje	Criterios evaluadores unificados	1							X							
3	Elaborar Plan de autoevaluación	Plan de Implementación	1		x												
6	Entrega Oficial de documentos		1								X						
7	Consolidar los resultados del EESS		1									X					
8	Socialización de resultados, recomendaciones		1											X			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES P.S. UCHUMAYO

	ACITIVIDAD	RESULTADO	ME TA	CRONOGRAMA												RESPONSABLES	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	Conformación del equipo de acreditación	Equipo reconocido	1			x											Comité de la Gestión de la Calidad
2	Solicitar evaluación externa como parte del aprendizaje	Criterios evaluadores unificados	1					X									
3	Elaborar Plan de autoevaluación	Plan de Implementación	1		x												
6	Entrega Oficial de documentos		1							X							
7	Consolidar los resultados del EESS		1								X						
8	Socialización de resultados, recomendaciones		1											X			