



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Nº 055 -2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRCH-J

VISTOS:

El documento del responsable de Calidad en Salud de la MR. Chivay donde solicita la emisión de Resolución de Aprobación del **"Planes de Gestión de la Calidad MR. Chivay, los cuales estarán integrados por Gestión de la Calidad en Salud (Seguridad del Paciente, Satisfacción del Usuario), Autoevaluación y Acreditación en Salud, Auditoría de la calidad en Salud, Rondas de Seguridad del Paciente"**, 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

Qué, 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 por R.M. N° 640-2006/MINSA, se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Qué, mediante R.M.N°456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS N°O50-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 216, 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".

Por los fundamentos anteriormente mencionados es conveniente Conformar el "Comité de Gestión de la Calidad en Salud", el mismo que asumirá las funciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación y supervisión, de Autoevaluación de Establecimiento de Salud, Proyectos de Mejora Continua, Satisfacción del Usuario Externo, Seguridad del Paciente, de acuerdo a los establecido en las normativas correspondientes.

De conformidad con la Ley N°27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N°27902, Ley 31084 que aprueban el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2021 y según Ley N°22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N°10-23007-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.

La Gerencia de la Microred de Salud Chivay, dispone la emisión de la R.J. de aprobación del **Planes de Gestión de la Calidad en Salud. de la MR. Chivay** para el periodo 2023.

Con la opinión favorable de la Gerencia de la Micro Red

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1° Aprobar, el " **Planes de Gestión de la Calidad en Salud, los cuales estarán integrados por Gestión de la Calidad en Salud (Seguridad del Paciente, Satisfacción del Usuario), Autoevaluación y Acreditación en Salud, Auditoría de la calidad en Salud, Rondas de Seguridad del Paciente**, para el periodo 2023 de la Microred de Salud Chivay.

ARTICULO 2° El Comité será responsable de la elaboración y ejecución del Planes de Gestión de la Calidad en Salud, 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 4°.- Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

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

Dada en la Microred de salud Chivay, a los veinticuatro días de junio del Dos mil veintitrés.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.


GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED CHIVAY
JEFATURA
Joseph C. Vargas Torres
CMP. 59857



MICRO RED DE SALUD CHIVAY

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN EN SALUD

FORMULACIÓN DEL PLAN OPERATIVO

2023

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED SALUD CALLALI
OS

Ludwin A. Paredes Quispe
PSICÓLOGO
CPSR 38071

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
MICRO RED CHIVAY

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED CHIVAY

JEFATURA

Joseph C. Vargas Torres
CMP 59857

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA IPRESS MICRO RED DE SALUD CHIVAY

FASE 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.

IV. 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 EESS o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel local.
7. Para el primer nivel comprende una Micro red 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) y 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 meses 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 Micro red.
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

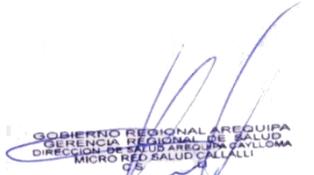
- **Aprueba con el 85%**

2,- No Aprobado / No Acreditado

- **70 a 84.9% 6m nueva evaluación**
- **50 a 69.9% 9m nueva evaluación**
- **Menor 50% autoevaluación**

VI. INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACIÓN	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado autoevaluación	Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación	Anual	Reporte del aplicativo de los establecimientos de salud que han realizado autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-NTS de Acreditación 050- MINSA/DGSP-V.02	I – 1 a II – 1	Oficina de Calidad
				Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Microred Chivay						
2		Todos los establecimientos de salud han aprobado la autoevaluación	Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación	Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado autoevaluación	75%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		
				Total, Establecimientos de Salud que a la Micro red Chivay.						


 GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 DIRECCIÓN DE SALUD AREQUIPA ZALLOMA
 MICRORED SALUD CALLALI
 G.S.

 Ludwin A. Paredes Quispe
 PSICÓLOGO
 CPSP. 38071


 GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
 RED DE SALUD AREQUIPA CALIDAD
 MICRORED CHIVAY

 JEFATURA
 Joseph C. Vargas Torres
 CMP. 59857