



RESOLUCIÓN JEFATURAL

N° 0023-2023-GRA/GRS/GR-RSACMRMM-P

Visto el Ofic. N° 031-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-MRMM-J de fecha 23 de marzo del 2023, el Médico Jefe de la Microred de Salud Mariano Melgar, solicita la emisión de la R.J. de Aprobación de los Planes de Gestión de la Calidad de la MR. Mariano Melgar, 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 ó 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.

Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud.

Qué por R.M.N° 640-2006/MINSA-SA 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°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;

Qué, 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".

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

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 lo establecido en las normatividades correspondientes.

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley 31635 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.

Con la opinión favorable del Jefe de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Institucional.

SE RESUELVE:



ARTÍCULO 1º Aprobar los Planes de Gestión de la Calidad en Salud los mismos que están 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 período 2023 de la Microred de Salud Mariano Melgar - Red de Salud Arequipa-Caylloma, el cual estará integrado por:

Presidente: Jefe de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Institucional.

Secretaría: Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud

Vocales: Responsable de Epidemiología
Coordinadora de Promoción de la Salud
Coordinador de Salud Mental y Cultura de Paz
Coordinadora de Cogestión

ARTICULO 2º El Comité será responsable de las funciones de Asistencia Técnica, Monitoreo, Evaluación y Supervisión, Seguridad del Paciente (lavado de manos- eventos adversos), Proyectos de Mejora Continua, Satisfacción del Usuario Externo, de acuerdo a lo establecido en las normatividades correspondientes, en el ámbito de la Microred de Salud Mariano Melgar - Red de Salud Arequipa Caylloma.

ARTICULO 3º El Presidente de la Comité de Gestión de la Calidad en Salud de la Microred de Salud Mariano Melgar velará por el funcionamiento, difusión, implementación y cumplimiento de la presente Resolución é informará sobre las actividades realizadas al Director de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.

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 Sede Administrativa de la Microred de Salud Mariano Melgar, a los dos (02) días del mes de mayo ,del Dos Mil Veintitres

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
COMISIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
CENTRO DE SALUD MARIANO MELGAR
Dra. Angela Quiñones Hermosa
JEFE MICRORED
C.M.P. 36191

AQH/ADCH

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. JUSTIFICACION:

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud del primer nivel de atención, cuenten 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.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ALCANCE:

El presente plan tendrá alcance al 100% de los servicios del Centro de Salud de Mariano Melgar.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 28842 “Ley General de Salud”
- Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
- D.S. N° 03- 2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.

- R.M. N° 519-2006 aprueba el documento técnico “Sistema de Gestión de la Calidad”
- NTS. N° 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION:

Consideraciones Especificas:

1. El proceso comprende la fase de evaluación Interna Autoevaluación
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos previamente capacitados.
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. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Comité del Proceso de Autoevaluacion:

Unidad funcional designado oficialmente por la Dirección de Red.

La Coordinación la realizara la Responsable de Calidad.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

Equipo de Evaluadores Internos

Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.

El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.

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
1. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

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**

CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SETIEMBRE																		
		10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder	Dr.Luis Alberto Sánchez Ponce	x																		
Designación de responsables por cada macroproceso			x																	
Presentación del Plan a la Dirección				x																
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación					x															
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal						x														
Macroprocesos																				
Direccionamiento	Dra Angela Quiñones Hermosa								x											
Gestión de recursos humanos	Sra Adriana del Carpio Herrera									x										
Gestión de la calidad	Dr.Luis Alberto Sánchez Ponce										x									
Manejo del riesgo de atención	Enf. Darcy Quintanilla Montoya											x								
Emergencias y desastres	Od. Elena Riquelme Aguilar												x							
Control de la gestión y prestación	Enf Darcy Quintanilla Montoya													x						
Atención ambulatoria	Sra Dora Quispe Ticona														x					
Atención extramural	Sra Dora Quispe Ticona															x				
Atención de hospitalización	Obs. Maria Elena Castillo Rivera																x			

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

MACROPROCESO	RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS			
	CSMM		ATALAYA	
1. Direccionamiento	Dra. Angela Quiñones Hermosa		Dr. Hugo Reyes Zamora	
2. Gestion de Recursos Humanos	Sra. Adriana del Carpio Herrera		Dr. Hugo Reyes Zamora	
3. Gestion de la calidad	Dr Luis Alberto Sanchez Ponce		Od. Amelia Ticona Postigo	
4. Manejo de Riesgo de Atención	Enf. Darcy Quintanilla Montoya		Dr Hugo Reyes Zamora	
5.gestion de Seguridad ante desastres	Odo. Elena Riquelme Aguilar		Dr Hugo Reyes Zamora	
6. Control de Gestion y Prestacion	Enf. Darcy Quintanilla Montoya		Dr Hugo Reyes Zamora	
7. Atencion Ambulatoria	Sra Dora Quispe Ticona		Dr Hugo Reyes Zamora	
Atencion Extramural	Sra Dora Quispe Ticona		Dr. Hugo Reyes Zamora	

9. Atencion de Hospitalizacion	obst Maria Elena Castillo Rivera			
10. Atencion de Emergencia	Dr. Henry Pastor Apaza		Enf Julia Benavides Campos	
	enf. Nancy Paniura Huallpa			
13. Atencion de Apoyo Diagnostico y Tratamiento	Dra. Maria I. Ruiz Valencia			
	Biolog Luz Herrera Pacheco			
14. Admisión y Alta	Sr. Oswaldo Alvarez Fierro		Tec. Carmen Cahua Laura	
15. Referencia y Contrareferencia	Dra. Naharda Calcin Romero		Obst Veronica Ramos Angulo	
16. Gestion de Medicamentos.	QF Elizabeth Yupanqui Calderon		Tec. Carmen Cahua Laura	
17. Gestion de la informacion	Sra Silvana Huamani Mansilla		Tec Carmen Cahua Laura	
18. descontaminación limpieza desinfeccion esterilizacion	Med Vet Victor Becerra Castillo		Enf Julia Benavides Campos	
19. Manejo de riesgo social	Asist. Enilda Llamoca Mayma		Asist Adela Cerpa Aragon	
20. Nutricion y Dietetica	Nut. Fabiola Portugal Zavalaga			
21 Gestion de Insumos y Materiales	MVZ Victor Becerra		Tec Zaida Puma Condori	
22 Gestion de equipos e Infraestructura	MVZ Victor Becerra		Tec Zaida Puma Condori	

VI INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEG ORIA	RESPON SABLE
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"		

