



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Nº 061-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRVITOR-J

Visto el documento. del responsable de Calidad en Salud de la MR. Vitor 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. Vitor 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”.

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.

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.

La Gerencia de la Micro red Vitor, **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. Vitor 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 Vitor.

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 Vitor, a los 26 días del mes de Abril del Dos mil veintitres.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE ALUMNOS
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD VITOR

[Handwritten Signature]
Dr. Gregorio Zavalta Gama
GERENTE DE MICRORED
MÉDICO CIRUJANO CMP. 46382

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA

RED AREQUIPA CAYLLOMA

MICRORED VITOR

GESTION DE LA CALIDAD

**PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN Y
ACREDITACIÓN DE LA MICRORED VITOR**

COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

2023

Plan de Trabajo de Autoevaluación de la Micro Red Vior

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 Establecimientos de Salud de la Micro Red de Salud Vitor.

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 Jefatura de la Micro 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 DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023
CENTRO DE SALUD VITOR**

OBJETIVO: 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.

N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	S/	FF	
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Plan Elaborado	1	Plan elaborado				X											Gerencia de la calidad
2	Conformación de Evaluadores internos	informe	1	formato de equipo de evaluadores interno			X												Gerencia de la calidad
3	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación				X											Gerencia de la calidad
4	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma				X											Gerencia de la calidad
5	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe				X											Gerencia de la calidad
6	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS				X											Gerencia de la calidad
7	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos				X											Gerencia de la calidad
8	Procesamiento de Datos	digitación	1													X			Gerencia de la calidad
9	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.											X				Gerencia de la calidad
10	Socialización de Resultados	Infir/ Actas	1	Informes/ actas.											X				Gerencia de la calidad
11	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción												X			Gerencia de la calidad
12	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.	X														Gerencia de la calidad
13	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X							X			X	Gerencia de la calidad

CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023
PUESTO DE SALUD YURAMAYO

OBJETIVO: 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.

N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	Fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE	
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF		
1	Cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X												Gerencia de la calidad
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación									X							Gerencia de la calidad
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma									X							Gerencia de la calidad
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe									X							Gerencia de la calidad
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS									X							Gerencia de la calidad
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos									X							Gerencia de la calidad
7	Procesamiento de Datos	digitación	1														X			Gerencia de la calidad
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.													X			Gerencia de la calidad
9	Socialización de Resultados	Infra/ Actas	1	Informe/ actas.													X			Gerencia de la calidad
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción														X		Gerencia de la calidad
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.															X	Gerencia de la calidad
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.															X	Gerencia de la calidad

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.

MACROPROCESOS	CENTRO DE SALUD VITOR	CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE SIGUAS	PUESTO DE SALUD YURAMAYO
Direccionamiento	Dr. Gonzalo Zavala Gama	Dra. Gloria Belizario Quispe	Dra. Kary Dávila Riega
Gestión de recursos humanos	Psic. Hubert Adolfo Caceres Mamani	Obst. Adelma Huisa Ticona	Dra. Kary Dávila Riega
Gestión de la calidad	C.D. Gerson Alberto Gómez Rodríguez	C.D Diana Alpaca Gutierrez	Dra. Kary Dávila Riega
Manejo del riesgo de atención	Lic. Enf. Marilyn Yessica Huichi Atamari	Dra. Gloria Belizario Quispe	Lic. Jessica Ramos Luna
Gestión de seguridad ante desastres	Dr. Carlos Enrique Martinez Secada	Lorenzo Faustino Salhua	Lic. Jessica Ramos Luna
Control de la gestión y prestación	Obst. Betty Aguirre Aliaga	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Lic. María Huamani Llactahuamani
Atención ambulatoria	Lic. Enf Jonathan Jose Pacheco Yañez	Dr. Franklin Gutierrez Flores	Dra. Kary Dávila Riega
Atención Extramural	Lic. Enf. Vilma Paucar de Caceres	Lic. Shelley Babilonia Mendoza	Lic. María Huamani Llactahuamani
Atención de emergencias	Dr. Felipe Pampamallco Gil	Dr. Franklin Gutierrez Flores	Dra. Kary Dávila Riega
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	Biolog. Karim Loayza Morales	Biólogo. Rocío del Carpio Flores	Lic. Jessica Ramos Luna
Admisión y alta	Tec. Enf. Amelia Aurora Arteaga Salvador	Tec. Enf. Ana Choquehuanca Cabana	Tec. Lucinda Zevallos Cáceres
Referencia y contra referencia	Lic. Nutr. Carla Claudia Delgado Valencia	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Lic. María Huamani Llactahuamani
Gestión de medicamentos	Tec. Enf. Noelia Vargas Vera	Tec. Enf. Ana Choquehuanca Cabana	Tec. Lucinda Zevallos Cáceres
Gestión de la información	Dig. Roxana Claudia Quispe Llanos	Obst. Haydee Flores Condori	Lic. María Huamani Llactahuamani
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización.	Obst. Sandra Carmen Amudio Peña	Biólogo. Rocío del Carpio Flores	Tec. Lucinda Zevallos Cáceres
Manejo del riesgo social	T.S. Marisol Hernández Mayori	Lic. Gloria Paredes Mamani	Lic. Jessica Ramos Luna
Gestión de insumos y materiales	Tec. Marleni Hanco Condori	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Tec. Lucinda Zevallos Cáceres
Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Enf. Edith Yovana CcallaChoque	Obst. Adelma Huisa Ticona	Tec. Lucinda Zevallos Cáceres

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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	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 R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"	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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%			