



Resolución Jefatural

Arequipa, 15 de Febrero del 2024

Visto el Oficio Nº 002-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.15A-GC, de fecha 11 de Diciembre del 2023 del Responsable de Gestión de la Calidad solicita la Aprobación del Plan de Gestión, el Jefe de la Micro Red de Salud 15 de Agosto, dispone se proyecte la Resolución Jefatural de **Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad en Salud de la Micro Red de Salud 15 de Agosto, para el periodo 2024.**

CONSIDERANDO:

Que la Ley Nº26842 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 Nº27657, 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, por Resolución Ministerial Nº519- 2006 / MINSA del 30 de mayo del 2006 se aprueba el documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" en el cual se señala en el eje de intervención de organización para la calidad, la Conformación del Comité para la Calidad en Salud, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad;

Que por Resolución Ministerial Nº 474-2005 / MINSA, de fecha 23 de junio del 2005 se aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud y su artículo 3ro: Establece responsabilidad de la implementación y cumplimiento de la indicada Norma Técnica;

Que por Resolución Ministerial Nº676-2006/MINSA se aprobó el Plan Nacional de Seguridad del Paciente con sus respectivos componentes y actividades;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 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 Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA del 04 de Junio del 2007 se aprobó la NTS Nº 050 – MINSA/DGSP- V 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo la misma que establece en sus disposiciones específicas, la organización para la acreditación, que implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Que por Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA se aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es la de contribuir a la mejora de la calidad de atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, por Resolución Ministerial N° 527- 2011/MINSA con 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;

Que, uno de los objetivos estratégicos Institucionales de la Red de Salud Arequipa Caylloma es "Promover el ordenamiento y responsabilidad entre el estado y la Población";

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 5) dice "Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad";

Por los fundamentos anteriormente mencionados es conveniente Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad, con el objeto de evaluar, supervisar, monitorear, controlar e informar sobre el cumplimiento de las normas y/o directivas relacionadas a la misma en el ámbito de la Micro Red de Salud 15 de Agosto;

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley N° 31953 Ley del Presupuesto de la República 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;

Que, de acuerdo a los considerandos antes mencionados se elaboró los respectivos Planes para la ejecución de las actividades a realizar, los mismos que desarrollarán de acuerdo a las normas vigentes y serán enviados a la Red de Salud Arequipa Caylloma

De acuerdo a lo informado por la Responsable de Gestión de la Calidad de la de la Microred de Salud 15 de Agosto,

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el Plan de Gestión de la Calidad de la Micro Red de Salud 15 de Agosto para el periodo 2024; el mismo que consta de los siguientes Planes:

- Plan de Gestión de la Calidad
- Plan de Satisfacción del Usuario Externo
- Plan de Seguridad del Paciente
- Plan de Autoevaluación
- Plan de Auditoria de la Calidad
- Plan Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgo

ARTICULO SEGUNDO: La Jefatura de la Micro Red, velará por la difusión, implementación y cumplimiento de la presente Resolución.

ARTÍCULO TERCERO: Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente al Responsable de Gestión de la Calidad

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRORED DE SALUD 15 DE AGOSTO

Dr. Roberto B. Dueñas Carpio
MEDICO CIRUJANO C.M.P. 19332

RBDC/EESC/rjj

Distribución:

- () A. Cap.
- () Interesado
- () Archivo

PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN MR. DE SALUD 15 DE AGOSTO DE LA RED AREQUIPA CAYLLOMA 2024

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

Este proceso de Autoevaluación se basa en la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" N° 050-MINSA/DHSP-V-02, aprobada por Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.

Esta norma técnica finalmente, tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud. De esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

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.

IV. ALCANCE

El presente Plan de Autoevaluación tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud del primer nivel que conforman la MR de Salud 15 de Agosto,

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”.

- RM. N° 640 – 2006 MINSA- SA Manual para la Mejorar Continua de la Calidad.
- RM. N° 589 – 2007 MINSA- Plan Nacional concertado de Salud.
- RM. N° 596 – 2007 MINSA- Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM. N° 468 – 2011 MINSA- Metodología para el estudio del clima organizacional.
- RM. N° 527– 2011 MINSA- Guía técnica para la evaluación del usuario externo.

VI.. METODOLOGIA DE EVALUACION

Consideraciones Específicas:

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**

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B (anexo N° 1)

Anexo 1

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

MACROPROCESOS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD 1 CS. 15 DE AGOSTO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD 2 PS.MIGUEL GRAU A	ESTABLECIMIENTO DE SALUD 3 3CS. MIGUEL GRAU B	ESTABLECIMIENTO DE SALUD 4 PS. MIGUEL GRAU CD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD 5
Direccionamiento	Dr. Ruperto Dueñas Carpio	Dr. Walter Vera Delgado	Dra. Gladys Llerena Salas	Obst.Patricia Rosas Alfaro	
Gestión de recursos humanos	Téc.Adm. Ronald Gonzales Ch.	Nutric. Teresa Torres	Nutric. Liz Salinas	Dra. Patricia Zárate	
Gestión de la calidad	Dra. Edith Salas Cáceres	Dr. Walter Vera Delgado	Dra. Gladys Llerena Salas	Obst. Patricia Rosas Alfaro	
Manejo del riesgo de atención	Obst. Lizbeth Gallegos Portilla	Enf. Elena Calcina Puntaca	Lic. Dina Valdivia	Enf. Ruth Caballero	
Gestión de seguridad ante desastres	Insp San. Jorge Sans Gutiérrez	T.Enf. Gladis Asunción Rosado	T. Enf. Alicia Camapaza Huanca	T.Enf Mirian Montañez	
Control de la gestión y prestación	Dra. Irma Espinoza	Dr. Walter Vera Delgado	Dra. Janet Cornejo Cáceres	Obst. Patricia Rosas Alfaro	
Atención ambulatoria	Dr. Omar Huarachi Sueros	Dra.Nilda Nancy Flores Larico	Dra. Gladys Llerena Salas	MC Alexander Cárdenas Apaza	
Atención Extramural	A.S. Yony Castelo Oviedo	Obst. Rosa Virginia Alarcon Zaira	Lic. Susan Copa Mayta	Obst. Patricia Rosas Alfaro	
Atención de hospitalización	No Aplica	No Aplica	No Aplica	Noa Aplica	
Atención de emergencias	Enf.. Marcela Veliz Ayta	Enf.Elena Calcina Puntaca	Dra. Janet Cornejo Cáceres	Enf. . Fiorella Maldonado	
Atención quirúrgica	NO APLICA	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
Docencia e Investigación	NO APLICA	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	Blga. Carmen Vargas Huayta	Enf, Magali Roque Soaquita	Blga. Beatriz Sirena Mamani	MC Alexander Cárdenas Apaza	
Admisión y alta	T.Adm. Ronald Gonzales Choquehuanca	Lic. María Jesús García Núñez	T. Enf. Dina Paucara Condori	T.Enf. Mirian Montañez	
Referencia y contra	T.Enf .Flora Hanco Huamaní	T.Adm. Juan Carlos	Dra. Janet Cornejo Cáceres	Obst Patricia Rosas	

referencia		Coaquira Castillo			
Gestión de medicamentos	Q.F. Xiomara Morocco Añamuro	T.Enf. Yolanda Chambi Ticona	T. Enf. Alicia Ccamapaza	T.Enf. Teresa Ramos Mamani	
Gestión de la información	T.Enf. Yanet Castillo Soto	T.Adm. Juan Carlos Coaquira Castillo	T. Enf. Alicia Ccamapaza Huanca	T.Enf. Hermelinda Huanaco Tutuca	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización.	Enf. Edilberta Flores Paucar	T.Enf. Martha Quispe Vilca	T.Enf. Dina Paucara Condori	Enf. Fiorella Maldonado	
Manejo del riesgo social	A.S. Yony Castelo Oviedo	Enf. María Jesús García Núñez	Ps. Irvins Mamani	Enf. Nancy Coaquira Machaca	
Nutrición y dietética	No Aplica	No Aplica	NoAplica	No Aplica	
Gestión de insumos y materiales	I.Sant. Bernardino Mamani Cornejo	T.Emiliana Callata Aquino	.Enf. Dina Paucara Condori	T. Enf. Teresa Ramos	
Gestión de equipos e infraestructura	I.Sant .Bernardino Mamani Cornejo	T.Enf. Emiliana Callata	T.En. Dina Paucara Condori	T. Enf. Teresa Ramos	

Apoyo	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	Bloga. Carmen Vargas	M	M	M	M	M	T	T	T	T	T							
	Admisión y alta	Sr. Ronald Choquehuanca	M	T	M	T	M	T	M	T	M	M							
	Referencia y Contrareferencia	T.S Deysi Fenández	T	T	M	M	T	T	M	M	M	T							
	Gestión de medicamentos	Q.F. Milusca Salas Linarez	M	M	T	T	M	M	T	T	M	T							
	Gestión de la información	Tec.Enf. Yanet Castillo	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T							
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esteriliz.	Enf. Marcela Veliz Ayta												M	T				
	Manejo del riesgo social	A.S. Yony Castelo O.													M	M			
	Nutrición y dietética	NO APLICA			NO APLICA														
	Gestión de insumos y materiales	I.Sant.Bernardino Mamani														M	T		
	Gestión de equipos e infraestructura	I.Sant.Bernardino Mamani														M	T		

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"		

