



RESOLUCIÓN JEFATURAL

N. ° 015 -2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D-JY-S

Visto el documento N°002-2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D .MR Yanahuara-Sachaca de fecha 12 de diciembre del 2024, de la responsable de Gestión de la Calidad en Salud de la MR. 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. Yanahuara-Sachaca para el periodo 2025.**

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 é Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad la Auditoria de la Calidad de Auditoria 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.

Que, por **documento N°002-2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D. MR Yanahuara-Sachaca** de fecha, 12 de diciembre del 2024, la Jefatura de la Microred Yanahuara-Sachaca, **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 Yanahuara-Sachaca para el periodo 2025.

Con la opinión favorable de la Gerencia de la Micro Red Yanahuara-Sachaca.

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 2024 de la Micro Red Yanahuara-Sachaca.

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.

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 Microred de Salud Yanahuara- Sachaca.

Dada en la Micro Red Yanahuara-Sachaca a los 26 días del mes de diciembre del Dos Mil Veinticuatro.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.





Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MICRORED YANAHUARA -SACHACA

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

FORMULACIÓN DEL PLAN

OPERATIVO

2025

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCION**
- 2. BASE LEGAL**
- 3. AMBITO Y ALCANCE**
- 4. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD**
 - MISION**
 - VISION**
 - OBJETIVO GENERAL**
 - OBJETIVOS ESPECIFICOS**
 - ACTIVIDADES A DESARROLLAR**
 - ESTRATEGIAS**
 - INDICADORES**

INTRODUCCIÓN

La calidad en salud está íntimamente asociada a los valores del ser humano por el rol que desempeña en la salud física y mental de las personas. Es así que el marco de los lineamientos de política del Sector Salud, La Red Arequipa Caylloma considera fundamental mejorar la calidad de atención de los establecimientos de salud con el fin de fortalecer los esfuerzos y estrategias que se vienen implementando en los servicios de salud y orientar su desarrollo en el marco de una propuesta integral de calidad.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda un gran reto en la gestión del sector no solo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales, sino porque en el eje de todos los procesos de salud, se encuentra la vida de las personas cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación. Por lo que la mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud. La lucha por la Calidad en salud es por estas consideraciones una gesta que une a todos los actores del proceso en apoyar este esfuerzo.

En este marco la Organización Mundial de la Salud – OMS, para la evaluación de los logros de los sistemas de salud establece tres objetivos intrínsecos de todo sistema: la mejoría del estado de salud de la población, la equidad financiera y la satisfacción de las expectativas de los usuarios. A este último objetivo, la OMS lo ha denominado la Capacidad de Respuesta del Sistema. La Capacidad de Respuesta es más que un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, que se refleja en resultados sanitarios; sino que comprende el desempeño del sistema en relación con aspectos como la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información entre otros atributos de calidad en la atención, que establece el Sistema de Gestión de la Calidad en salud cuyo desarrollo viene impulsando el Ministerio de Salud. Sin embargo, aun se requiere fortalecer los esfuerzos que se vienen desarrollando para su implementación en las entidades prestadoras de salud que permita mostrar evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención y que estas sean percibidas con satisfacción por la población, y las propias instituciones. Al Ministerio de Salud, en cumplimiento del rol rector en el sector salud y en un marco de descentralización del país, le corresponde establecer los criterios mínimos de desempeño que permitan garantizar la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud del país.

El sistema de Gestión de la Calidad, a través de su comité de gestión de la calidad, concretará acciones necesarias para mejorar los procesos de calidad y obtener resultados en todas las microrredes con sus establecimientos de salud de la Red Arequipa Caylloma buscando articular los esfuerzos de las instituciones y la población para construir un sistema de salud moderno, efectivo y eficiente y sobre todo muy humano, ya que Calidad significa ofrecer los mejores beneficios a los usuarios con la menor cantidad de riesgos, y a la mayor cantidad de personas, con los recursos disponibles en cada establecimiento

La brecha entre la situación actual y el estado de salud deseado se expresó en problemas que al ser priorizados determinan las necesidades las cuales se plantearon como objetivos generales del presente plan operativo.

Es así que se deben implementar y operativizar procesos como el de Auditoria y Acreditación, sin restar acciones en clima organizacional para obtener resultados de mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud.

PRESENTACIÓN

Hace pocos años en nuestro país era difícil abordar el tema de la calidad. Hoy nadie duda de la importancia que ella tiene y por eso las entidades públicas y privadas diseñan estrategias en busca de la calidad.

“La calidad contribuye a hacer rentable a una institución, a que tenga ganancias materiales y espirituales. La calidad en salud nos conduce a una mejor calidad de vida, porque venga de donde venga el beneficio es para la sociedad en su conjunto.

La calidad en salud es diferente de la calidad de una marca comercial. La salud de las personas está por encima de todo; si aparece un insecto en la botella de una cerveza usted la desecha, pero si aparece una gasa en cavidad peritoneal, su cliente no va a poder desecharla fácilmente.

La calidad en salud está íntimamente asociada a los valores del ser humano por el rol que desempeña en la salud física y mental de las personas”

2.- BASE LEGAL:

Ley N° 26842, Ley general de Salud.

Ley N° 27657, Ley del ministerio de Salud.

DS N° 023-2005 -SA – Reglamentación de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.

Ley N° 27867, Ley Organiza de Gobiernos Regionales.

Ley N° 27972, Ley organiza de las Municipalidades.

Resolución Ministerial N° 519 – 2006 MINSA- Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 640 – 2006 MINSA- SA Manual para la Mejorar Continua de la Calidad.

Resolución Ministerial N° 589 – 2007 MINSA- Plan Nacional concertado de Salud.

Resolución Ministerial N° 596 – 2007 MINSA- Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 143 – 2008 MINSA- Comité Técnico de Clima Organizacional.

Resolución Ministerial N° 468 – 2011 MINSA- Metodología para el estudio del clima organizacional.

Resolución Ministerial N° 527– 2011 MINSA- Guía técnica para la evaluación del usuario externo.

Resolución Ministerial N° 1021– 2010 MINSA- Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

3.- ÁMBITO Y ALCANCE:

La Red de Salud Arequipa Caylloma, es la encargada de brindar asesoría técnica, regular la organización, el funcionamiento y desarrollo de las actividades programadas facilitando los procesos de los establecimientos de salud de su jurisdicción, promoviendo y adecuando nuevos modelos y tecnologías de gestión sanitaria, fortaleciendo las capacidades y competencias técnicas de sus recursos humanos, implementando acciones de prevención y promoción para lograr mejorar las condiciones de vida en la población y en especial a la de menores recursos o más desprotegida. La Red Arequipa Caylloma 1'016,827

habitantes que significan el 80.4 % de la población regional. Organizada en veintiocho micro redes de salud, dentro de los cuales se encuentra los 143 EESS, sobre las cuales ejerce autoridad, y la sede administrativa.

La Micro red Yanahuara-Sachaca ejerce autoridad y la sede administrativa es la siguiente

DATOS	N°
Población Estimada	49226 hbts.
N° de Micro Redes	1
N° de EESS	2

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS POR NIVELES

NIVEL	N°
I – 2	2
I – 3	1
TOTAL	3

4.- COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:

PLANIFICACION DE LA CALIDAD

- Políticas de calidad
- Planes operativos con enfoque de calidad de Gestión de la Calidad y Auditoría de la calidad en salud.

ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

- La Red de Salud Arequipa Caylloma depende directamente de OPPDI diseñada de tal manera que va a permitir llegar a todos los establecimientos de salud; los establecimientos de Salud cuentan con cronogramas de trabajo, enmarcado en el Plan Operativo de Gestión de la calidad de la Red de Salud Arequipa Caylloma, para el cumplimiento de los objetivos, metas y políticas de la calidad en Salud.

- Importante mencionar que dentro del plan se considera actividades que permitan la sostenibilidad de los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos necesarios para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía de calidad

GARANTIA Y MEJORAMIENTO

Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y segura, orientándose a la satisfacción del usuario.”

Implica el desarrollo e implementación de los procesos:

- **Auto evaluación y Acreditación.**
- **Auditoria clínica en salud.**
- **Proyectos de Mejora Continua.**
- **Seguridad del Paciente. Eventos adversos, Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), Lavado de manos.**

INFORMACION PARA LA CALIDAD

Conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos.”

Se ha previsto el desarrollo de instrumentos de medición aplicables a los usuarios en las diferentes etapas de los procesos de atención:

- Encuesta de satisfacción externa.
- Resolución de conformación de comités.
- Cronograma de actividades.
- Mecanismos de orientación e información al usuario.
- Determinación y medición de indicadores de gestión de la calidad.
- Estudio de tiempos de espera.

5.- OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud, a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios interno y externos en la Microrred Yanahuara-Sachaca

Objetivos Específicos:

- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en todos los establecimientos de su jurisdicción con asignación de personal responsable. (anexo N° 01)

- Monitorear y evaluar los estándares e indicadores correspondientes a las garantías explícitas de calidad (Anexo N° 02)
- Promover las actividades de autoevaluación en los establecimientos de salud rumbo a la acreditación.
- Fortalecer el proceso de auditorías de registro y de caso
- Implementar la Auditoría Médica de la calidad de atención
- Determinar el nivel de satisfacción del usuario externo.
- Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad u acciones de mejora continua en base a los resultados obtenidos en las mediciones realizadas
- Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud
- Promover la participación de los usuarios internos y externos estableciendo una alianza con el paciente y su familia.
- Implementar Rondas de Seguridad para reducir la frecuencia de los Eventos Adversos detectados en las IPRESS.
- Difundir las Buenas Prácticas de Atención Segura y fomentar el desarrollo de la investigación y gestión del conocimiento en Seguridad del Paciente.
- Participar en la Resolución de quejas y reclamos.

PLAN DE TRABAJO DE APLICACIÓN SERVQUAL 2025 PARA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO. DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

I. INTRODUCCION:

El presente Plan de Trabajo SERVQUAL 2025 de la Microred Yanahuara-Sachaca se realiza con el fin de realizar la medición del nivel de satisfacción que los usuarios externos de los servicios de atención de salud. Ya que es relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales a nivel de las Políticas públicas de salud.

II. FINALIDAD:

Contribuir a buscar estrategias para hacer del SERVQUAL un instrumento flexible viable con calidad que permita identificar la insatisfacción de los usuarios externos de la Microred Yanahuara-Sachaca, mediante la medición e implementación de mejoras para la satisfacción del usuario.

III. OBJETIVO:

Monitorizar, evaluar y mejorar el impacto en la calidad de atención percibida de los usuarios externo que acceden a los EESS de la Red de Salud Arequipa, mediante la metodología SERVQUAL.

Objetivos específicos:

1.- Monitorear periódicamente la satisfacción del usuario externos en los servicios con el uso de la herramienta SERVQUAL.

- Realizar la medición de la calidad de atención mediante la evaluación de la satisfacción del usuario externos con la toma de encuestas
- Ingresar a la base de datos las encuestas en el programa de MS Excel
- Análisis e interpretación de resultados, identificando las principales causas de Insatisfacción como oportunidades de mejora por dimensiones como son Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía Y Aspectos tangibles.

2.- Conocer la calidad e atención percibida de manera global y por dimensiones mediante el valor ponderado del SERVQUAL por los jefes de los servicios.

3.- Evaluar e identificar las principales causas de insatisfacción que serán consideradas como prioritarias del usuario externo en los servicios.

- Se presenta la tabla que muestra las 22 preguntas con sus niveles de satisfacción e insatisfacción, órdenes de mayor a menor grado de insatisfacción.
- Se presentan las 5 primeras causas de insatisfacción, las cuales serán consideradas como prioritarias para formular acciones de mejora.
- Se presenta según el estándar para la Interpretación de los resultados de satisfacción del usuario externo y comparación mediante gráficos.

4.- promover y/o formular la implementación de acciones o proyectos de mejora continua de la calidad de atención dirigida a los usuarios externos con los jefes de los EESS.

- Presentar los resultados en la agenda de reunión de Gestión, ello con el fin de formular acuerdos para promover acciones correctivas de mejora continua de la calidad de atención dirigido a los usuarios externos.
- Evaluar e identificar las principales causas de Insatisfacción que serán consideradas como prioritarias del usuario externo en los EESS.
- Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora.

IV. CONTENIDO

4.1. DIMENSIONES:

Fiabilidad (presuntas del 01 al 05) Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

Capacidad de Respuesta (preguntas del 06 al 09) Disposición de servir a los usuarios y proveedores de un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.

Seguridad (preguntas del 10 al 13) Evalúa la confianza que genera la actitud el personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

Empatía (pregunta del 14 al 18) Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

Aspectos tangibles (preguntas del 19 al 22) Son los aspectos físicos que percibe el usuario de la institución, relacionados con las condiciones de apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

4.2. ETAPAS DE ESTUDIO

Para el cumplimiento de este Plan de Trabajo SERVQUAL 2025, se tomará en cuenta el proceso de las 6 fases como son:

1. Planificación
2. Recolección de Datos
3. Análisis e interpretación de los Resultados
4. Procesamiento de Datos
5. Retroalimentación de resultados
6. Implementación de mejoras.

4.3. REQUERIMIENTOS BASICO.

Plan de trabajo, encuestadores externos, encuesta, guía del encuestador, material de escritorio, herramienta informática, Personal encargado de la digitación.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Inclusión: Usuarios externos de ambos sexos, mayores de 18 años, familiar que acompaña al usuario, usuario que apruebe encuestarse.

Exclusión: Usuarios menores de 18 años u aquellos que presenten algún tipo de discapacidad, usuarios con trastornos mentales, usuario que brinde su autorización para encuestarlo.

4.5. PERIODO Y TIEMPO DE APLICACIÓN

Se aplica la muestra de acuerdo a norma, y de acuerdo a criterios de programación 2023 se aplicará la encuesta solo a las IPRESS nivel 1 - 3 y I – 4, las demás IPRESS realizar focos grupales en dos oportunidades de acuerdo a norma.

4.6 SELECCION DE LA MUESTRA

Establecimientos	Tamaño de muestra
CS YANAHUARA	114
P.S. SACHACA	110
P.S. PAMPA DE CAMARONES	112

V. ESTRATEGIAS:

1. Hacer cumplir los procesos indicado para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.
2. Coordinación permanente y participación plena del Equipo de Gestión de la Calidad para el buen desarrollo de la realización de la encuesta en fechas programadas en conjunto con los servicios a realizar las encuestas
3. Capacitación del personal encargado para la toma de encuestas a los usuarios externos.
4. Hacer de conocimiento de los resultados por dimensiones y matriz de priorización a los jefes y realizar seguimiento por parte de la Oficina de Gestión de la Calidad a las propuestas realizadas para la implementación y el desarrollo de las mejoras.

VI INDICADORES DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO	Los Establecimientos de Salud realizan evaluación de la satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que realizan evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría.	$\frac{\text{Nº de establecimientos de salud que realizaron evaluación de la satisfacción del usuario externo en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría}}{\text{Total de establecimientos de salud}} \times 100$	Anual	Informe de medición de satisfacción del usuario externo	80%	R.M. Nº527-2011/MINSA, "GUIA TECNICA PARA LA EVALUACION DEL USUARIO EXTERNO.	I-3 al II-1	Comité de Gestión de la calidad
2			Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría.	$\frac{\text{Nº usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios del Establecimientos de Salud en Consulta externa, emergencia, hospitalización, según categoría.}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$	Anual	Informe de medición de satisfacción del usuario externo	80%			
3			Porcentaje de acciones de mejora implementadas según los resultados de la evaluación del usuario externo en consulta externa / hospitalización / emergencia según categoría	$\frac{\text{Nº de acciones de mejora implementadas según los resultados de la evaluación del usuario externo en consulta externa / hospitalización / emergencia según categoría}}{\text{Total de acciones recomendadas en consulta externos/ Hospitalización/ Emergencia}} \times 100$	Anual	Informe de acciones implementadas de la satisfacción del usuario externo	80%			

PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Las estrategias y actividades para implementar el Plan Nacional por la Seguridad del Paciente son las siguientes:

Objetivo Específico 1:

Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud

Actividades

1. Diagnóstico situacional de Cultura de Seguridad del Paciente
2. Incorporarla en Misión, Visión y Valores de las Instituciones
3. Sistema de identificación, Registro, Notificación, Procesamiento y análisis de eventos adversos.
Tablero de Indicadores de Seguridad del Paciente

Objetivo Específico 2:

Promover la participación de los usuarios internos y externos: Alianza paciente – familia.

Actividades

1. Gestionar Alianzas con la Sociedad Civil
2. Educación a paciente y familia
3. Alianzas con los Colegios Profesionales

Objetivo Específico 3:

Difundir las Buenas Prácticas de Atención Segura y fomentar el desarrollo de la investigación y gestión del conocimiento

Actividades

1. Capacitar a los profesionales de la salud en el manejo de las herramientas y estandarizar metodologías para la gestión de riesgos y seguridad clínica
2. Adopción de Buenas Prácticas y Herramientas en Gestión de la Seguridad: Alertas
3. Investigación y análisis de eventos centinela
4. Fomentar la Investigación Operativa en Seguridad del Paciente.
5. Diseñar e implementar el estudio de prevalencia de eventos adversos en los EESS

Objetivo Específico 4:

Implementar Planes de Seguridad para reducir la frecuencia de Eventos Adversos detectados.

1. con programas de reducción de Eventos adversos, aprendizaje colectivo de errores, trabajo en equipo, procesos definidos de atención, practicas seguras de atención
2. Metodología multimodal de Higiene de Manos y Bacteriemia Zero
3. Lista de Chequeo para: Atención de Parto, Cirugía Bucal, Atención en Tópico: Cirugía menor, Aplicación de Inyectables.
4. Analizar El Indicador del DCI de Buenas Prácticas de Prescripción.

Objetivo Específico 5:

Definir Indicadores que permitan medir el avance de las acciones realizadas para fortalecer la Seguridad del paciente en los EESS.

VI INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSA BLE
1	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Los Establecimientos de Salud registran y notifican Eventos Adversos	Porcentaje de Establecimientos de Salud que registran y notifican Eventos Adversos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos de Salud que registran y notifican Eventos Adversos}}{\text{Total de Establecimientos de Salud de la DISA/DIRESA/GERESA}} \times 100$	Trimestral	Informe/Reporte del aplicativo de reporte de eventos adversos	70%	R.M. N°676-2006/MINSA, Plan Nacional para la Seguridad del Paciente	I-1 al II-1	Comité de gestión de la Calidad, DIGEMID, Servicios de salud, promoción
2		En todas las Intervenciones quirúrgicas se aplica la Lista de Verificación de la Seguridad en la cirugía	Porcentaje de Cirugías en las que se aplica la Lista de Verificación de la Seguridad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías en las que aplican la Lista de Verificación de la Seguridad}}{\text{Total de cirugías en el establecimiento}} \times 100$	Trimestral	Informes, Auditoria de historias clínicas de cirugía Archivos de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía	70%	R.M. N°308-2010/MINSA, "Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía"	II-1 al III-2	
3		Los establecimientos cumplen con la DCI en la prescripción	Porcentaje de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción}}{\text{total de recetas}} \times 100$	Trimestral	Reporte de recetas prescritas en el establecimiento	80	Manual de Buenas Prácticas de Prescripción MINSA 2005	I-1 al II-2	
4		El personal asistencial muestra evidencias de adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos	Porcentaje de personal asistencial con adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal asistencial con adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos}}{\text{Total de personal asistencial observado}} \times 100$	Trimestral.	Reporte de adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos	80	R.M. 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"	I-1 al II-1	

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.

V. 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 Microred 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) 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 m 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 Microred.
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	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
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"		

Anexo N° 01

Responsable de Gestión de la Calidad en Salud: Mayori Azañero Anaya
Correo electrónico: mayoriaa@yahoo.com
Número Celular: 959935975
Número de teléfono fijo: 272064