



7

**RESOLUCIÓN JEFATURAL****Nº097 -2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPDI-MRSI-J**

Visto :

El documento 02-2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D .MRSI-J de fecha 04 de Marzo del 2022, del responsable de Calidad en Salud de la MR San Isidro , 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. San Isidro para el periodo 2022.**

**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° 013 -2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D. MR de fecha 14 de marzo del 2022 , la Gerencia de la Micro red San Isidro 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. San Isidro para el periodo 2022.

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 periodo 2022 de la Micro Red San Isidro .

**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 Red de Salud Arequipa Caylloma.

Dada en la Micro Red San Isidro , a los catorce (14) días del mes de Marzo del 2022

**REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.**

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED SAN ISIDRO  
.....  
Lc. María B. Ocharán Vizcarra  
JEFE MR CLAS SAN ISIDRO  
CEP. 18609



## **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 Microrred 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 Microrred.

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 EEES 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. EEES 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	Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación 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	Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%			