



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Nº 044 -2022-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-CHIV-J

VISTOS:

El jefe de la Micro Red de Salud Chivay, solicita la emisión de la R.D. de APROBACION de los Planes de Gestión de la Calidad de la MR CHIVAY 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 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. Nº527-2011/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. Nº468-2011/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 Nº 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley Nº 27902, Ley 31084 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2021 y según Decreto Ley Nº 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional Nº10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R. Nº044-2008-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 2022 de la Micro Red de salud CHIVAY, el cual estará integrado por:

Presidente: Licenciada en Enfermería DILIA JUDITH ROSPIGLIOSI ALARCON
Jefe de la Micro Red Chivay

Secretaria: Psicóloga BELEN MILAGROS VIZA BEDOYA
Responsable de Gestión de la calidad M.R. Chivay

Vocales: Licenciada en Enfermería MARIA RAMIREZ TEJADA
Responsable de Epidemiología
Licenciada en Servicio Social ELIZABETH MARTHA LUQUE CALLO
Coordinadora de Promoción de la Salud
Psicóloga MOROCCOIRE PACOMPIA LIVIA SANDRA
Coordinadora de Salud Mental y Cultura de Paz
Médico Cirujano JOSEPH CARLOS VARGAS TORRES
Coordinar del Servicio de Medicina

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 Micro Red de salud Chivay.

ARTICULO 3º El Presidente de la Comité de Gestión de la Calidad en Salud de la Micro red Chivay, velará por el funcionamiento, difusión, implementación y cumplimiento de la presente Resolución e 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 las instalaciones de la Micro Red Chivay, a los (01) Días del mes de MARZO, del Dos Mil Veintidós.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,


GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
RED DE MICRO RED CHIVAY

Dilia J. Rospigliosi Alarcón
ENFERMERA CEP 11389
JEFE

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA IPRES MICRO RED DE SALUD CHIVAY

FASE AUTOEVALUACION 2021

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



Belén Milagros Viza Bedoya
PSICÓLOGA
C. Ps. P. 33960


GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
OFICINA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA
MICO RED CHIVAY

Dilia J. Rospighosi Alarcón
ENFERMERA QEP 11389
JEFE

IV. 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 Micro red 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) y 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 meses 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 Micro red.
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	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACION	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro red Chivay}}$	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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total, Establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro red Chivay.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

ANEXO Nº 1-A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION

ANEXO Nº 1-B CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION (EQUIPO LÍDERES)

ANEXO Nº 2 FECHA DE INICIO DE LA AUTOEVALUACION.