



RESOLUCIÓN JEFATURAL

N° 016-2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MR MM-J

Visto el documento donde se solicita la emisión de la R.J. de Aprobación de los Planes de Gestión de la Calidad de la MR. Mariano Meigar, 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.

Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud.

Que por R.M.N° 640-2006/MINSA-SA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Que, 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.

Que, por R.M.N°527-2011/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".

Que, por R.M. N°468-2011/MINSA se aprobó la Guía Técnica "Guía para la Evaluación del usuario externo"

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley 31365 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022 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.

Con la opinión favorable del Jefe de la Micro red mariano Melgar

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1° 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 periodo 2022 de la Microred Mariano Melgar.

ARTÍCULO 3° Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO 4° Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Dada en la Micro red Mariano Melgar a los (21) días del mes de junio del dos Mil Veintidos.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRORED DE SALUD MARIANO MELGAR

Dr. Woodward Paja Callo
JEFE DE LA MICRORED
C.M.P.I. 26184

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

**CENTRO DE SALUD MARIANO
MELGAR**

2022

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. JUSTIFICACIÓN**
- III. ALCANCE**
- IV. BASE LEGAL**
- V. AMBITO DE APLICACIÓN**
- VI. CONTENIDO**
- VII. RESPONSABILIDADES**
- VIII. PRESUPUESTO**
- IX. ANEXOS**

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios, lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como una metodología de evaluación periódica, que tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares que están establecidos en el instrumento de acreditación permiten orientar al evaluador, tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están enfocados a los diversos procesos como principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo.

El presente documento constituye el Plan de Evaluación Interna como primer paso del proceso de acreditación que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de Autoevaluación que se encargará de ejecutar este primer

paso a fin de obtener el objetivo principal, de lograr acreditación oficial del Centro de Salud de Mariano Melgar.

II. FINALIDAD

Lograr que el Centro de Salud de Mariano Melgar cumpla progresivamente con los estándares de evaluación correspondientes a su categoría en los diferentes Macroprocesos según lo requerido para la acreditación.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Obtener la evidencia relevante respecto al desempeño del Centro de Salud de Mariano Melgar, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel I-4.

3.2. Objetivo Específico

- Verificar el nivel de cumplimiento, de nuestro Centro de Salud, de los criterios del listado de estándares de acreditación que corresponden a un establecimiento I-4.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación.
- Desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.
- Socializar los resultados del proceso de autoevaluación.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - "Ley General de Salud".
- Decreto Legislativo. N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial. N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA que aprueba la NT N° 050 MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Centro de Salud "Mariano Melgar".

VI. CONTENIDO

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del Centro de Salud de Mariano Melgar utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

- 1. Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- 2. Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
- 3. Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación. Muestras: Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares, de acreditación. Auditorías: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

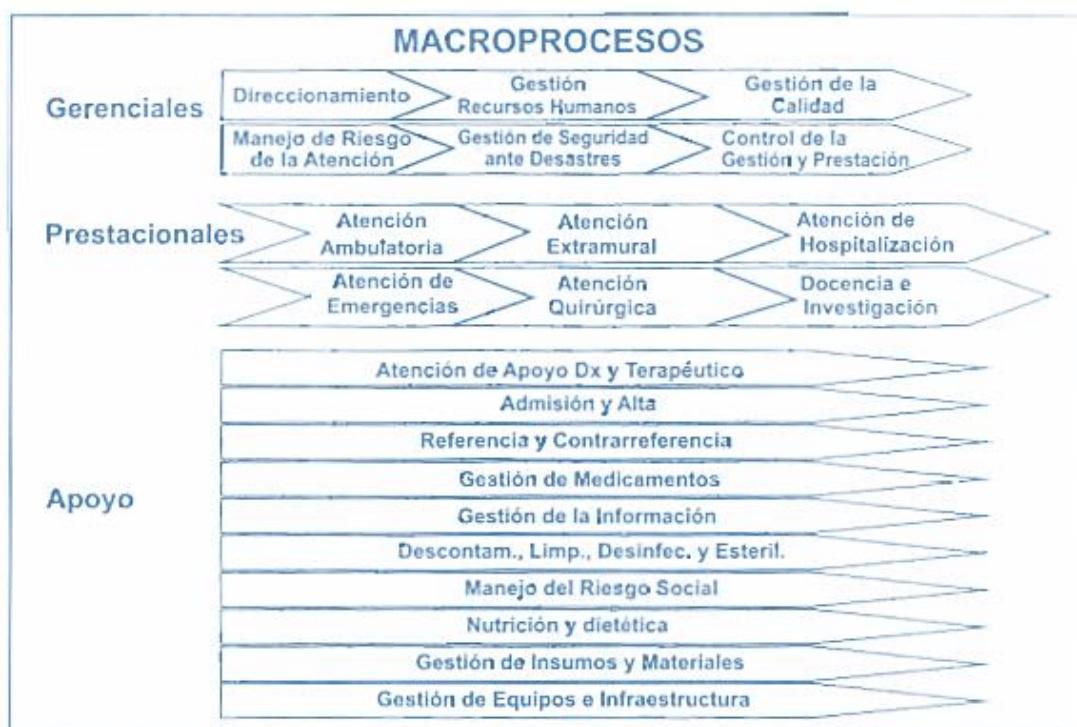
Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el centro de salud, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los

Establecimientos del Nivel I-4, como es el caso del Centro de Salud de Mariano Melgar son aplicables **XX**. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del CSMM.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el CSMM:

Nº	MACROPROCESO	ESTÁNDARES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de la calidad	3	22
4	Manejo del riesgo de atención	8	50
5	Emergencia y Desastres	3	21
6	Control de la gestión y Prestación	2	15
7	Atención ambulatoria	4	17
8	Atención extramural	4	13
9	Atención de hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencias	3	14
11	Atención quirúrgica	4	24
12	Docencia e investigación	2	15
13	Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrareferencia	4	13
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de equipos e infraestructura	2	12
TOTAL		75	361



Fuente: *Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo – MINSA* http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816_MS-DGSP245.pdf

VII. RESPONSABILIDADES

El Equipo de Gestión, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Centro de Salud Mariano Melgar, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Plan.

VIII. PRESUPUESTO

Nº	Descripción	Costo anual
1	Materiales de Escritorio	S/.100
2	Impresiones	S/. 50
3	Fotocopias	S/. 50
TOTAL		S/. 200

IX. 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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	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"		

X. ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2022

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	METAL TOTAL	CRONOGRAMA											RESPONSABLE	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV		
1	Conformación de los evaluadores internos	Resolución directoral	1	X												Dirección general
2	Capacitación a los evaluadores internos	Lista de asistencia	1					X								Oficina de personal
3	Reunión de elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1		X											Oficina de gestión de la calidad
4	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1		X											Oficina de gestión de la calidad
5	Aprobación del plan de autoevaluación 2017	Resolución directoral	1			X										Dirección general
6	Difusión del plan de autoevaluación 2021	Correo electrónico Página web institucional	1			X										Oficina de gestión de la calidad
7	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables del macroproceso 1	Lista de asistencia	1					X								Oficina de gestión de la calidad
8	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21									X				Líder de evaluadores internos
9	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Aplicativo	1										X			Oficina de gestión de la calidad
10	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	1												X	Líder de evaluadores internos

ANEXO N° 2

EVALUADORES INTERNOS POR MACROPROCESO

MACROPROCESO	EVALUADORES INTERNOS
Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)	Dr.
Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GHR)	
Macroproceso 3: Gestión de la Calidad (GCA)	
Macroproceso 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA)	
Macroproceso 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD)	
Macroproceso 6: Control de la gestión y prestación (CGP)	
Macroproceso 7: Atención ambulatoria (ATA)	
Macroproceso 8: Atención extramural	
Macroproceso 9: Atención de hospitalización (ATI)	
Macroproceso 10: Atención de emergencia (EMG)	
Macroproceso 11: Atención quirúrgica (ATQ)	
Macroproceso 12: Docencia o investigación (DIV)	
Macroproceso 13: Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT)	
Macroproceso 14: Admisión y alta (ADA)	
Macroproceso 15: Referencia y contrareferencia (RCR)	
Macroproceso 16: Gestión de medicamentos (GMD)	
Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)	
Macroproceso 18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)	
Macroproceso 19: Manejo del riesgo social (MRS)	
Macroproceso 20: Nutrición y dietética (NYD)	
Macroproceso 21: Gestión de insumos y materiales (GIM)	
Macroproceso 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF)	