



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Nº 034 -2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.MCD.ZAM-J

Visto el Expediente Nº 1885710 que contiene el Informe Nº 006-2022-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.MCD.ZAM-J-SGC de fecha 24 de Abril del 2022, presentado por la Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, quien solicita la emisión de la Resolución Jefatural de Aprobación de los Planes de Gestión de la Calidad de la M.R. Zamácola para el periodo 2022.

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.

Mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud.

Qué por R.M. Nº 640-2006/MINSA-SA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Qué, mediante R.M. Nº456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS Nº050-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. Nº502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, aprueba la NTS Nº029/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016, que aprueba la NTS Nº029-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 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;

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 N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley 31084 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2021 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 Microred de Salud Zamácola.

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 Microred de Salud Zamácola, el cual estará integrado por:

Presidente: Jefe del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola

Secretaría: Coordinador de Gestión de la Calidad en Salud

Vocales: Responsable de Epidemiología
Coordinadora de Promoción de la Salud
Coordinador de Salud Mental y Cultura de Paz
Coordinadora de Cogestión

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 Microred de Salud Zamácola.

ARTICULO 3º El Presidente de la Comité de Gestión de la Calidad en Salud de la Microred de Salud Zamácola, velará por el funcionamiento, difusión, implementación y cumplimiento de la presente Resolución e informará sobre las actividades realizadas al Jefe de la Microred de Salud Zamácola.

ARTÍCULO 4º Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

Dada en la Sede Administrativa de la Microred de Salud Zamácola a los veinticuatro días del mes de Abril del dos mil ventidos.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
MICORED DE SALUD ZAMÁCOLA

Juan R. Alarcón Arenas

Mr. Juan R. Alarcón Arenas
CD. ORTODONCISTA
C. P. 8449 - R. N. E. 951
JEFE DE LA MICRO RED

JAA/vos.
c.c. archivo



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MICRORED ZAMACOLA

AUTOEVALUACION ACREDITACION

FORMULACIÓN DEL PLAN

OPERATIVO

2022

Plan de Trabajo de Autoevaluación de la MicroRed Zamacola 2022

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.**

Mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSa se aprobó la **NTS N°050-MINSa/ DGSP-V02** norma técnica para la acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos 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 EEES 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 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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%			

ANEXO N° 1-A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - 2022

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MES - abril
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder 	Juana Villegas Núñez Mag. Juan Alarcón Arenas	abril
<ul style="list-style-type: none"> - Designación de responsables por cada proceso 		abril
<ul style="list-style-type: none"> - Reunión de trabajo con el equipo evaluador análisis final del listado de estándares de acreditación - Presentación del plan a jefes de servicio personal 		abril

N°	MACROPROCESOS- 2022	RESPONSABLES	FIRMA
1	DIRECCIONAMIENTO	MG. Juan Alarcón Arenas	
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Tec. Veronika Ortiz Soto	
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Lic. Juana Villegas Núñez	
4	MANEJO DE RIESGOS DE ATENCIÓN	Dr. Joel Arroyo Saenz	
5	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	Tec.Adm. Luis Girón Sánchez	
6	CONTROL DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
7	ATENCIÓN AMBULATORIA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
8	ATENCIÓN EXTRAMURAL	A..S.Ana Maria Mogrovejo Gonzales	
9	ATENCIÓN HOSPITALARIA	Dr. Javier Villanueva Salas	
10	ATENCIÓN DE EMERGENCIA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
11	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	Dr. Eric Vera Ticona	
12	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Dr. Joel Arroyo Saenz	
13	APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Dra. Gabriela Calisaya Ramos	
14	ADMISIÓN Y ALTA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja Dr. Javier Villanueva Salas	
15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja Dig. Maria Fernanda Barreda	
16	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	Q.F. Nereyda Figueroa Del Carpio	
17	GESTIÓN DE INFORMACIÓN	Tec. Adm. Rosio Lizarraga Vargas	

18	DESCONTAMINACIÓN DESINFECCIÓN	LIMPIEZA	Insp. Luis Chancatuma Sucari	
19	MANEJO DE RIESGO SOCIAL		A.S.Ana Maria Mogrovejo Gonzales	
20	MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES		Nutric. Maribel Sahuanay López	
21	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES		Tec. Lizeth Flores Choquehuanca	
22	GESTIÓN DE EQUIPOS INFRAESTRUCTURA	E	Tec. Lizeth Flores Choquehuanca	

