



Resolución Directoral

Picota, 12 de Febrero del 2021.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 44° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, encarga a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, establecer las normas del Sistema de Acreditación para servicios y establecimientos de salud, así como, establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento;

Que los artículos I, II del Título preliminar de la ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2° define el término acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Que mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimiento de Salud de Servicios Médicos de apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector.

Que a través de la Resolución Ministerial N° 370/2009/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 151-/MINSA/DGSP V-01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las comisiones Sectoriales de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud.

Que la ACREDITACION, Es una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad, oportuna completa segura y con trato amable, la cual se verifica por un equipo de Evaluadores externos al establecimiento.

Que estando a lo solicitado por el encargado de la oficina de gestión de la calidad por la coordinadora Obstetra Llensy del Carmen Valles García, y siendo dicha oficina encargada de implantar y promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario con la participación activa del personal por lo que se hace necesario emitir el acto resolutorio para el presente año 2021.





Resolución Directoral

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N°. 701-2004/MINSA y la Ordenanza Regional Nro. 021-2017-GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones, del Gobierno Regional de San Martín.

De conformidad con lo establecido en la ley N°27657. Ley de Ministerio de Salud, y con las visaciones favorables de la Director de la Red de Salud Picota y con las visaciones de la Directora de Gestión Sanitaria y el Jefe de Recursos Humanos de la Red Picota.

SE RESUELVE:

Artículo Primero. – Conformar el **EQUIPO DE ACREDITACION** de la Red de Salud Picota para el periodo 2021, el mismo que será integrada por:

Med. Ciruj .Luis Fernando Mondragón Bazán
Obst. Llensy del Carmen Valles García
Lic. Enf. Katy Paola Fatama Paredes.
Obst. Nerly Requejo Delgado
Tec. Enf. Jhovany Javo Cruz
Q.f. Marco Erick Sajami Romero
Lic.Enf. Elmer Espinoza Aguilar

Artículo Segundo.- Facúltese al comité referido para solicitar las facilidades del caso y el apoyo que considere necesario para el cumplimiento de sus funciones

Artículo Tercero.- ENCARGAR a la Oficina de IMAGEN INSTITUCIONAL, su publicación de la presente Resolución en el portal web Institucional de la Red de Salud Picota.

Artículo Cuarto.-Transcribese la presente Resolución a las instancias correspondientes para su aplicación respectiva

Regístrese y Comuníquese,



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

M.C. Luis Fernando Mondragon Bazán
DIRECTOR EJECUTIVO



Resolución Directoral

Picota, 12 de Febrero del 2021.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 44º del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, encarga a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, establecer las normas del Sistema de Acreditación para servicios y establecimientos de salud, así como, establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento;

Que los artículos I, II del Título preliminar de la ley Nº 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, se aprobó el reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo artículo 2º define el término acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA se aprobó la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Que mediante Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimiento de Salud de Servicios Médicos de apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector.

Que a través de la Resolución Ministerial Nº.370/2009/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa Nº 151-/MINSA/DGSP V-01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las comisiones Sectoriales de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud.

Que la Autoevaluación, Es la fase final obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de Evaluadores Internos previamente formados, equipo de autoevaluación que ha sido calificados por la Unidad de Gestión de Calidad, proponiendo la conformación del comité de autoevaluación interno según el documento de visto, presentando por la coordinadora Obstetra Llensy del Carmen Valles García, por lo que es necesario constituir el mismo mediante acto resolutivo



Resolución Directoral

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N°. 701-2004/MINSA y la Ordenanza Regional Nro. 021-2017-GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017, que modifica el Reglamento de Organización y Funciones, del Gobierno Regional de San Martín.

De conformidad con lo establecido en la ley N°27657. Ley de Ministerio de Salud, y con las visaciones favorables de la Director de la Red de Salud Picota y con las visaciones de la Directora de Gestión Sanitaria y el Jefe de Recursos Humanos de la Red Picota.

SE RESUELVE:

Artículo Primero. – Conformar el **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS** de la Red de Salud Picota para el periodo 2021, el mismo que será integrada por:

Micro red Picota:

Obst. Jamerlin Panduro Aching
Obst. Gladis Stefany Tuesta Acuña
Med. Cirujano. Raúl Olaya Alarcón
Med. Cirujano. Karen Diana García Tuesta
Obst. Carol Guerra Rojas
Lic. Enf. Edgar Cristóbal Flores Olivares

Micro red Pucacaca:

Téc. Enf. Piter Saavedra Coral
Obst. Gretty Maydis Pinchi Grandez
Ciruj. Dent. Stalin Mao Chiroque Linares
Tec. Enf. Norvith Vela Pinchi
Lic. Enf. Maria del Socorro Verau Montalvo

Micro red- Leoncio Prado:

Lic. Enf. Angela Janeth Campos Suarez
Obst. Rosbely Requejo Carhuajulca
Med. Cirujano. Enrique Alex Guillen Rosado
Tec. Enf. Maricarmen Urrelo Grandez
Tec. Enf. Lisbeth Orosco Troyes

Artículo Segundo.- Facúltese al comité referido para solicitar las facilidades del caso y el apoyo que considere necesario para el cumplimiento de sus funciones

Artículo Tercero.- **ENCARGAR** a la Oficina de IMAGEN INSTITUCIONAL, su publicación de la presente Resolución en el portal web Institucional de la Red de Salud Picota.

Artículo Cuarto.-Transcribáse la presente Resolución a las instancias correspondientes para su aplicación respectiva

Regístrese y Comuníquese,



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

M.C. Luis Fernando Mondragon Bazán
DIRECTOR EJECUTIVO

Ficha N° 21: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud

| | | |
|---|--|---|
| Nombre | Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud | |
| Tipo | Compromiso de mejora de los servicios de salud | |
| Institución | DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud e IPRESS (Hospitales, institutos y establecimientos de salud de I nivel). Observación.- El porcentaje de IPRESS de las Redes Integradas de Salud – RIS o Redes de Salud que realicen Autoevaluación del Plan de Autoevaluación de Establecimientos en Salud-PAES, lo establecerá la DIRESA/GERESAS/DIRIS en relación al porcentaje de avance del último año. | |
| Definición | La Autoevaluación es la primera fase del proceso de Acreditación de establecimientos de salud -PAES, que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud. Se medirá a todas las IPRESS que realizan autoevaluación del PAES en relación al total de IPRESS de su ámbito, con los estándares establecidos por categorías. | |
| Justificación | La Autoevaluación del PAES es de cumplimiento Obligatorio en el año, tiene el objetivo de establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de una IPRESS. Base Legal: RM N° 456-2007/MINSA. Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de Salud. RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación establecimientos de salud y RM N° 491-2012/MINSA Listado de estándares para establecimientos de salud con categoría III-2. | |
| Calculo del porcentaje de cumplimiento | <p>1.- Las IPRESS (hospitales e institutos) cuentan con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente y vigentes, publicado en Web institucional.</p> <p>Plazo: Hasta Agosto 2021</p> <p>Fuente auditable: Acto Resolutivo o documento Oficial de conformación de equipos de Acreditación y de Evaluadores Internos de las IPRESS del MINSA y GOREs.</p> | <p>Cumple con las acciones 1 y 2, en el periodo anual.</p> <p>40%</p> |
| | <p>2.- Las IPRESS (hospitales e institutos) cuentan con Plan de Autoevaluación del 2021, según pautas y esquema preestablecido en la Guía del Evaluador, aprobado y publicado en Web institucional.</p> <p>Plazo: Hasta Noviembre 2021.</p> <p>Fuente auditable: Acto Resolutivo o documento Oficial de aprobación de Planes de Autoevaluación de las IPRESS del MINSA y GOREs.</p> | |
| | <p>3.- Las IPRESS (hospitales e institutos) cuentan con documento de Comunicación de Inicio de Autoevaluación, con sello de remitido a la DIRESA/GERESA/DIRIS. Las IPRESS denominadas Institutos Nacionales remiten a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo: Hasta Noviembre 2021</p> <p>Fuente auditable: Documento Oficial de comunicación de inicio de Autoevaluación de IPRESS remitido a través de DIRESAS/GERESAS/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS y las IPRESS denominadas Institutos Nacionales directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> | <p>Cumple con las acciones 3 y 4, en el periodo anual.</p> <p>60%</p> |
| | <p>4.- Las IPRESS (hospitales e institutos) cuentan con Informe Técnico Final de Autoevaluación según pautas y esquema preestablecidos en la Guía Técnica del Evaluador.</p> | |






N° 017-DE-RSSP/OP-21

Dirección Regional de Salud
Oficina de Operaciones de Salud B/M
RED DE SERVICIOS DE SALUD PICOTA


Resolución Directoral

Picota, 11 de Febrero de 2021.

CONSIDERANDO:




Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre- establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.



Equipo encargado de llevar acabo las auditorias y está integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor. Profesional de la Salud, médico o en caso de no existir, personal de otras profesiones afines, responsable principal del Comité de Auditoría. Profesional de la salud, médico, en caso de no existir personal de otras profesiones afines, responsable de la planificación, organización, ejecución, supervisión, evaluación y monitoreo del trabajo de auditoría de la calidad de atención en salud de la organización, y que forma parte del equipo de la Oficina de Calidad.

El Coordinador es responsable de la Convocar al Comité de Auditoría en Salud por la Calidad de Atención. El Comité de Auditoria en Salud contará con un Presidente, quien propondrá la designación de los miembros de los Comités de Auditoria Medica. Asimismo, se podrá requerir el apoyo temporal de profesionales y/o especialistas de otras áreas dentro del mismo Instituto, para lo cual la dirección dará las facilidades necesarias para asegurar la participación del/los convocado/s. De ser pertinentes, los resultados de sus labores se incluirán en el informe o como anexos al mismo.



De conformidad con lo establecido en la ley N°27657. Ley de Ministerio de Salud, y con las visaciones favorables de la Director de la Red de Salud Picota y con las visaciones de la Directora de Gestión Sanitaria y el Jefe de Recursos Humanos de la Red Picota.

SE RESUELVE:

Artículo Primero. – Aprobar la Conformación del “Comité de Auditoria Medica” de la Red de Salud Picota la misma que será integrada por:

Dirección Regional de Salud
Oficina de Operaciones de Salud B/M
RED DE SERVICIOS DE SALUD PICOTA



Resolución Directoral

RED DE SALUD PICOTA

Micro red Picota:

- Obst. Jamerlin Panduro Aching
- Obst. Gladis Stefany Tuesta Acuña
- Med. Cirujano. Raúl Olaya Alarcón
- Med. Cirujano. Karen Diana García Tuesta
- Obst. Carol Guerra Rojas
- Lic. Enf. Edgar Cristóbal Flores Olivares

Micro red Pucacaca:

- Tec. Enf. Piter Saavedra Coral
- Obst. Gretty Maydis Pinchi Grandez
- Ciruj. Dent. Stalin Mao Chiroque Linares
- Tec. Enf. Norvith Vela Pinchi
- Lic. Enf. María del Socorro Verau Montalvo

Micro red- Leoncio Prado:

- Lic. Enf. Ángela Janeth Campos Suarez
- Obst. Rosbely Requejo Carhuajulca
- Med. Cirujano. Enrique Alex Guillen Rosado
- Tec. Enf. Maricarmen Urrelo Grandez
- Tec. Enf. Lisbeth Orosco Troyes

RED DE SALUD PICOTA

- Med. Ciruj .Luis Fernando Mondragón Bazán
- Obst. Llensy del Carmen Valles García
- Lic. Enf. Katy Paola Fatama Paredes.
- Obst. Nerly Requejo Delgado
- Tec. Enf. Jhovany Javo Cruz
- Q.f. Marco Erick Sajami Romero
- Lic. Enf. Elmer Espinoza Aguilar

Regístrese y Comuníquese,



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

M.C. Luis Fernando Mondragon Bazán
DIRECTOR EJECUTIVO



Resolución Directoral

Picota, 12 de Febrero de 2021.

CONSIDERANDO:

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud bajo su normativa vigente R.M. 519-2006/MINSA, se incluye al Proceso de Acreditación como pilar importante el cual ayudara en el afianzamiento y desarrollo del componente de Garantía y Mejora de la Calidad. En la actualidad el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha regulado el proceso mediante la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de Junio del 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.

La acreditación en los establecimientos de salud promueve acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de salud. Está 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.

El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban.

Sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollara en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud está compuesto por una serie de órganos funcionales con independencia y autonomía administrativa que asume responsabilidades exclusivas y compartidas en relación a la acreditación.

De conformidad con lo establecido en la ley N°27657. Ley de Ministerio de Salud, y con las visaciones favorables de la Director de la Red de Salud Picota y con las visaciones de la Directora de Gestión Sanitaria y el Jefe de Recursos Humanos de la Red Picota.





N° 019-DE-RSSP/OP-21

Dirección Regional de Salud
Oficina de Operaciones de Salud B/M
RED DE SERVICIOS DE SALUD PICOTA

Resolución Directoral

BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba en el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- R.M. N° 519-2006-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de las Municipalidades.
- D.S. N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- R.M. 1263-2004/ MINSA "Lineamientos para la Organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- R.M. N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".

De conformidad con lo establecido en la ley N°27657. Ley de Ministerio de Salud, y con las visaciones favorables de la Director de la Red de Salud Picota y con las visaciones de la Directora de Gestión Sanitaria y el Jefe de Recursos Humanos de la Red Picota.

SE RESUELVE:

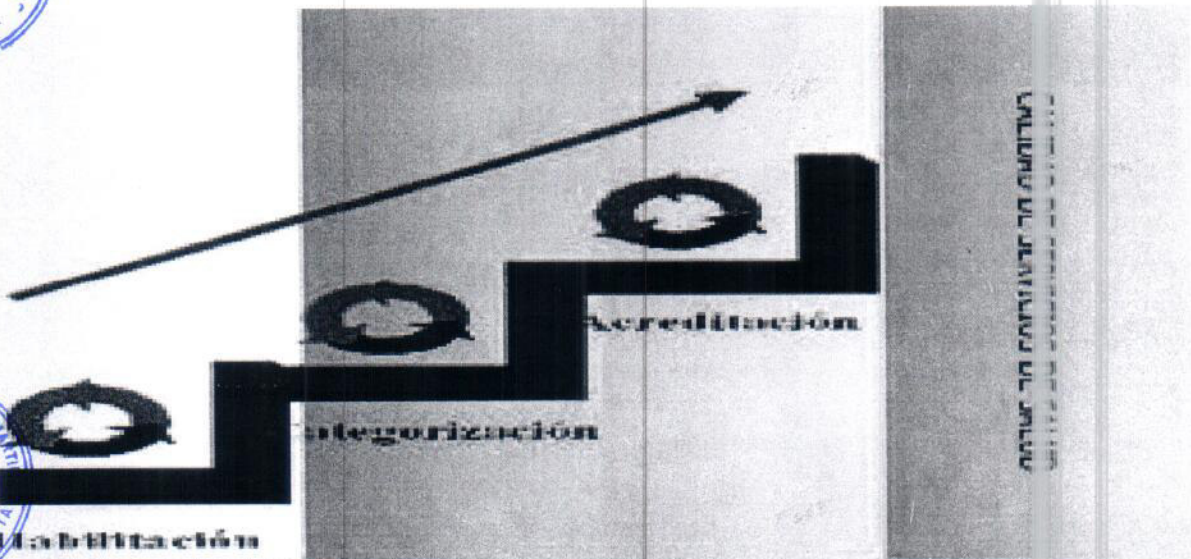
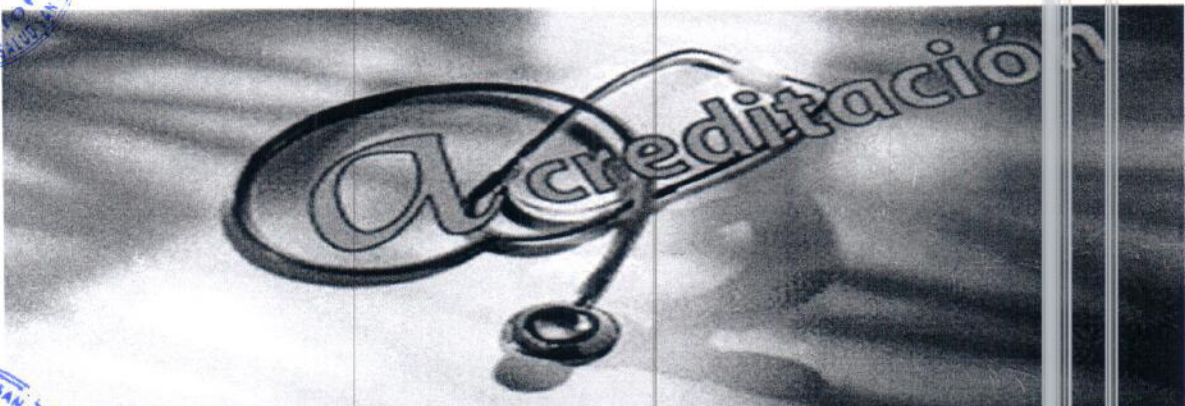
Artículo Primero. – Aprobar el "Plan de Acreditación" año 2021 de las oficinas de de Recursos Humanos de la Red de Salud Picota

Regístrese y Comuníquese,




GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

PLAN DE ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA RED
PICOTA-2021




AÑO 2021

I.- INTRODUCCION:



En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud bajo su normativa vigente R.M. 519-2006/MINSA, se incluye al Proceso de Acreditación como pilar importante el cual ayudara en el afianzamiento y desarrollo del componente de Garantía y Mejora de la Calidad. En la actualidad el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha regulado el proceso mediante la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de Junio del 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.


La acreditación en los establecimientos de salud promueve acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de salud. Está 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.



El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban.

Sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollara en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud está compuesto por una serie de órganos funcionales con independencia y autonomía administrativa que asume responsabilidades exclusivas y compartidas en relación a la acreditación.



La acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución contra una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño ideal que debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específica. Es así que la Acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

El mencionado proceso contempla la autoevaluación como una de sus fases, para lo cual es necesario seleccionar y nombrar al EQUIPO DE ACREDITACIÓN, el cual fue oficializado oportunamente. Conformado el Equipo inicio sus actividades con la difusión de la Norma Técnica de Acreditación al personal que labora en las distintas unidades orgánicas.

II.- JUSTIFICACION:

En la norma técnica de Acreditación, se establece que el equipo de evaluadores internos debe de elaborar el Plan de auto evaluación. El presente Plan responde al cumplimiento de la Norma Técnica citada.

Con fecha 12 de Febrero 2021, se conforma el Equipo de Evaluadores Internos mediante Resolución Directoral N°.018-DE-RSS/OP-21 quienes tras un proceso de capacitación y certificación, serían los responsables de realizar la auto evaluación.

III. BASE LEGAL:



- Ley N° 26842, “Ley General de Salud”
- Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”
- Ley N° 27444, “Ley General de Procedimientos Administrativos”
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba en el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”
- R.M. N° 519-2006-SA/DM, “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”
- R.M. N° 456-2007/MINSA, “Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de las Municipalidades.
- D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- R.M. 1263-2004/ MINSA “Lineamientos para la Organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- R.M. N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”.



IV.- OBJETIVOS:

Objetivo General:

Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud, según su nivel de complejidad, cuentan con recursos y capacidades para brindar prestaciones con calidad.

Objetivos Específicos:

- Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.
- Establecer actividades tendientes a coordinar las interacciones evaluadoras y evaluadas.
- Determinar las actividades y su programación, ha ser realizadas por el equipo de evaluadores internos.
- Implementar con Plan de Mejora dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.



V.- METODOLOGIA :



La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos para lo cual harán uso del Listado de Estándares de Acreditación, que para el caso correspondería a establecimientos categorizados dentro del primer nivel de atención.

La experiencia y capacitación impartida al seleccionado equipo de evaluadores internos de la **Microrred: Picota ,Pucacaca, Leoncio Prado**, permitirá verificar el cumplimiento de los criterios de evaluación a la realidad actual de los servicios de salud en los plazos considerados en el Plan de auto evaluación con respaldo de la normativa vigente.

Las técnicas ha usar por el equipo de autoevaluación serán: de **verificación y revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras, encuestas, auditorías.**

El equipo trabajará en estrecha coordinación con el Equipo de Acreditación de la Microrred en (1) reunión para la elaboración del plan (2) Identificación de macro procesos para cada establecimiento (3) Conformación del equipo y informantes por cada macroproceso (4) Desarrollo de la autoevaluación (5) Elaboración del informe final (6) Retroalimentación.



VI.- AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan tiene como ámbito en los Establecimientos de Salud I-4, I-3. A continuación se detalla los establecimientos de salud priorizados por cada Microred de salud según nivel de categorías.

| RED DE SALUD | MICRO RED DE SALUD | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | CATEGORIA |
|--------------|--------------------|---------------------------|-----------|
| PICOTA | PICOTA | HOSPITAL PICOTA | I-4 |
| | | C.S CASPIZAPA | I-4 |
| | | C.S SAN CRISTOBAL DE SISA | I-3 |
| | PUCACACA | C.S. PUCACACA | I-3 |
| | | C.S.TRES UNIDOS | I-3 |
| | LEONCIO PRADO | C.S. LEONCIO PRADO | I-3 |
| | | C.S.TINGO DE PONAZA | I-3 |
| | | C.S.SHAMBOYACU | I-3 |



VII.- DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Acreditación:** Proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; y que está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud.

- Atención de salud: La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan a la persona, familia y comunidad, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Atributos: Características o propiedades de calidad que identifican al servicio de salud y que permiten caracterizarlo en niveles deseados.
- Constancia de Acreditación: Documento emitido por el ente correspondiente, que da fe de que el establecimiento de salud cumple con el nivel predeterminado para brindar una atención en salud de calidad.
- Criterios de evaluación: Elementos referenciales que determinan el nivel del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- Establecimientos prestadores de salud: Aquellos establecimientos públicos o privados, cualquiera sea su denominación y categoría, que realizan actividades de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a promover, mantener o restablecer el estado de salud de las personas, familia y comunidad.
- Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- Estándar de estructura: Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada, asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Estándar de proceso: Nivel deseado sobre todos los pasos a realizar para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud.
- Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado definido de manera amplia, abarcando los diferentes componentes de la prestación.
- Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por nivel de complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
- Eventos adversos: Lesión, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- Autoevaluación: Fase inicial del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del manual de estándares y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, culminando en un plan de mejoramiento que facilite a la organización superar sus deficiencias y poder calificar a la segunda fase.





- Evaluación por pares: Segunda fase del proceso de acreditación de establecimientos de salud, cuya finalidad es contar con la opinión de evaluadores internos de otros establecimientos de salud, considerados pares, por su afinidad en la capacidad resolutive y en la naturaleza jurídica, como condición para calificar a la tercera fase. Su importancia viene condicionada por la eliminación del sesgo del auto evaluador, y por la mayor disponibilidad de evaluadores con competencias similares, quienes corroboran o desestiman los resultados de la autoevaluación.

- Evaluación externa especializada: Tercera fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que las dos fases anteriores fueron realizadas con idoneidad, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial/Presidencial otorgada por el Ministerio de Salud/Gobiernos Regionales, para lo cual los Evaluadores Externos emiten un informe técnico de carácter institucional.

- Indicador: Instrumento que permite medir un aspecto de la prestación sanitaria y compararlo con un nivel previamente definido.



Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y que sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la necesidad de elaboración de planes de inversión y/o proyectos de mejoramiento continuo.

- Informe Técnico de la Evaluación por Pares: Documento que contiene los resultados de la evaluación por pares, que se realiza a partir de la revisión del último informe de autoevaluación, y que sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la opinión de la calificación.
- Informe Técnico de la Evaluación Externa Especializada: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa especializada, a cargo de evaluadores externos y sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la opinión de la calificación para la acreditación.



• Manual de Estándares de Acreditación: Documento técnico que contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

- Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizar una total objetividad.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN ACREDITACION -2021 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|------|-----------|----------------|
| ACTIVIDADES | UNIDAD DE MEDICIDAD | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGOS | SET | OCT | NOV | DIC | META | RESP | PRESUP |
| Elaboración del Plan de Acreditación de los Establecimientos de Salud. | Plan con RD | x | | | | | | | | | | | | 1 | COORD.SGC | 20.00 |
| Monitoreo, seguimiento a Redes en los procesos de evaluación para la acreditación. | Informe | | | | | X | | | | | | | X | 2 | COORD.SGC | 500.00 |
| Asistencia técnica a las redes en los componentes (Acreditación) del Sistema de Gestión de la Calidad. | Acta, Informe | | | x | | | | | | | X | | | 2 | COORD.SGC | 500.00 |
| Reunión técnica del equipo de Gestión de Acreditación - DIRES | Acta | | | | | | | X | | | | | | 1 | COORD.SGC | 200.00 |
| Seguimiento a la Autoevaluación de establecimientos de salud, Informe de resultados del proceso de Autoevaluación de EE.SS. para la acreditación. | Informe | | | | | | | | X | | | X | | 3 | COORD.SGC | 600.00 |
| Seguimiento Evaluación de los estándares e indicadores de Calidad en Salud. | Informe | | | X | | | | | | | | X | | 3 | COORD.SGC | 400.00 |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | 2220.00 |




IX.- FINANCIAMIENTO:

Los gastos que demanden la ejecución del presente plan serán asumidos con presupuesto de la Red de Salud Picota del PpR, Recurso Ordinario y Donaciones y transferencias.



Atentamente,


.....
Obsta. Lleny del Carmen Valles García
Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud
RED DE SALUD PICOTA

