

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO TRAMITE DOCUMENTARIO

Iquitos, 31 de Mayo del 2023.

01 JUN 2023

OFICIO N° 489 - 2023-GRJ-DRS-Loreto/30.17.16.01

Exp. N°: 00727 Folio: No. de: Fecha: Firma:

Señor: M.C. Percy Antonio ROJAS Ferreyra Gerente General GERESA Loreto Presente..

RECEBIDO EN LA DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD SECRETARIA DOCUMENTOS RECIBIDOS NUMERO FOLIO: VISTO EL D.P.P.: FECHA:

Atención: C.D. Beder Mori Pérez Director de Calidad en Salud

ASUNTO: REMITO INFORMACION DE CALIDAD DE LA MICRO RED PUNCHANA.

Por medio del presente me es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo remitirle a su despacho los siguientes documentos:

- Plan de Autoevaluación para Acreditación de la IPRESS I-4 Bellavista Nanay 2023.
Informe del Día mundial de lavado de manos de la Micro red Punchana.
Consolidado de quejas y reclamos del primer trimestre de la Microred Punchana 2023.

Sin otro particular me suscribo de Usted, no sin antes manifestarle las muestras de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



Alfonso Alegre Palomino Médico familiar CMP 29754 Gerente

3599 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO Dirección Ejecutiva de Salud Individual Fecha: 02 JUN 2023

Cc IPRESS BELLAVISTA NANAY ARCHIVO INTERESDO YAAP/POP/AC

AV. DAMAZANA S/N PUNCHANA



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

Rio Amazonas
IQUITOS - PERÚ
Maravilla Natural del Mundo



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA
ACREDITACIÓN DE LA IPRESS I-4 BELLAVISTA
NANAY**

IQUITOS - PERÚ

2023



ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. ALCANCE
- IV. BASE LEGAL
- V. OBJETIVOS
- VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
- VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN
- IX. ANEXOS



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

I. INTRODUCCIÓN:

La calidad en la prestación de salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones, basado en la garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios. La obtención de la calidad en salud es la integración de todos los actores sociales involucrados.

El proceso de acreditación se inicia en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de hospitales. Esta comisión elaboró la Guía y el manual para la Acreditación de Hospitales que fueron aprobados por Resolución Ministerial el año 1196.

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es uno de los procesos más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad. En ese sentido, el Ministerio de Salud a través de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, desarrollan una propuesta técnica de Acreditación de Servicios de Salud que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo.

La Acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administrativas de Riesgos Laborales y las instituciones.

A partir de su elaboración e implementación, desde hace seis años, la gestión de la calidad ha venido avanzando en la mejorar de los procesos y procedimientos en salud, que busquen la satisfacción de los usuarios, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

II. JUSTIFICACIÓN:

En este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro e las organizaciones de salud por mejorar



la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano o social.

En este contexto, la acreditación es un proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, los que han sido agrupados según macroprocesos.

III. OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud de la Micro Red Punchana, según su nivel de complejidad, que cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que estos se manejan con calidad y con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
- Dotar a los usuarios externos, información adecuada sobre los servicios que reciben en los servicios de salud, considerando una atención de calidad.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación es de aplicación para todos los establecimientos priorizados de la Micro Red Punchana.

Nº	CATEGORIA	IPRESS
1	I-4	BELLAVISTA NANAY

Es necesario mencionar que las IPRESS seleccionadas fueron definidas para la implementación del proceso de Autoevaluación, por ser de mayor categoría en la Micro Red Punchana y ser establecimientos priorizados.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26790 – “Ley de Modernización de la Seguridad Social”.
- Ley N° 20042 – “Ley General de Salud”.
- Ley N° 27657 – “Ley del Ministerio de Salud”.
- Ley N° 27783 – “Ley de Bases de la Descentralización”.
- Ley N° 27783 – “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública”.
- Ley N° 27806 – “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”.
- Ley N° 27867 – “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales”.
- Ley N° 27972 – “Ley Orgánica de Municipalidades”.
- Resolución Ministerial 703 – 2006/MINSA del 26 de julio del 2006.
- NTS N° 050 – MINSA/DGSP – V.01: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- D.S. N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el “Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009”.
- R.M. N° 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”.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

La Autoevaluación, lo realizará el equipo de evaluadores internos de la Micro Red Pucallana, quienes aplicaran el listado de estándares según categoría de las IPRESS, mediante la observación, entrevistas, encuestas, revisión, auditorías, verificación, muestras, visitándose todos los servicios de los diferentes establecimientos de la jurisdicción de la micro red:

1. Conformación del Comité de Acreditación.
2. Conformación del Comité de Evaluadores Internos.
3. Reunión para la elaboración del plan.
4. Identificación de macro procesos para cada servicio.
5. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.

6. Comunican a la instancia superior el inicio de la Autoevaluación.
7. Desarrollo de la auto evaluación.
8. Elaboración del Informe final.

En el proceso de autoevaluación se realizarán coordinaciones permanentes con el equipo evaluador y los trabajadores de los diferentes servicios de los establecimientos de salud.

Con el análisis de los resultados de la actividad, obteniendo propuestas de mejora continua. El proceso de autoevaluación se realizará en coordinación permanente con el Equipo evaluador de la Micro Red, sin interferir con la atención a los usuarios.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brindan la IPRESS I-4 Bellavista Nanay, referencias, normativas y criterios de evaluación en función a los macro procesos por categorías de las IPRESS.

El equipo trabajará en estrecha coordinación con la Dirección de Calidad de la GERESA Loreto.

Categoría	Macro Procesos	Estándares	Criterios
I-1	17	38	113
I-2	17	45	132
I-3	18	52	196
I-4	19	60	254
II-1	20	68	328
II-2	21	72	341
III-1	21	72	342

MACROPROCESOS:

1. Direccinamiento
2. Gestión de los Recursos Humanos
3. Gestión de la Calidad
4. Manejo del Riesgo de la Atención
5. Gestión de Seguridad ante desastres
6. Control de Gestión de la Prestación
7. Atención Ambulatoria
8. Atención Extramural
9. Atención de Hospitalización
10. Atención de Emergencias
11. Atención Quirúrgica
12. Docencia e Investigación
13. Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
14. Admisión y Alta
15. Referencia y Contrareferencia
16. Gestión de Medicamentos



- 17. Gestión de la Información
- 18. Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
- 19. Manejo de Riesgo Social
- 20. Nutrición y Diética
- 21. Gestión de Insumos y Materiales
- 22. Gestión de Equipos e Infraestructura

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
Nº	Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de la Calidad	3	22
4	Manejo de Riesgos de Atención	8	22
5	Emergencia y Desastres	3	21
6	Control de Gestión y Prestación	2	15
7	Asistencia Ambulatoria	4	17
8	Atención Extramural	4	13
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencia	3	14
11	Atención de Emergencia	3	14
12	Atención de Emergencia	3	14
13	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	4	13
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Atención de Emergencia	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Atención de Emergencia	4	15
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		76	361



Macro procesos que NO aplican según la Categoría y Naturaleza Jurídica de los Establecimientos de Salud		
Nº	Tipo de EESS (Por categorías y naturaleza judicial)	Macro procesos que no aplican
1	I-1	Atención de la Hospitalización
2	I-2	Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Apoyo Diagnóstico y Tratamiento Manejo de Nutrición de Pacientes
3	I-3	Atención de Hospitalización Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Manejo de Nutrición de Pacientes
4	I-4	Atención Quirúrgica Docencia e Investigación Manejo de Nutrición de Pacientes
5	II-1	Atención Extramural
6	II-2	
7	III-1	
8	Clinicas Privadas	Atención Extramural Docencia e Investigación Manejo de Riesgo Social
9	Hospitales EsSALUD, FFAA y Policiales	Atención Extramural Manejo del Riesgo Social

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Trabajar los macroprocesos y estándares según corresponda a las categorías de las IPRESS. Tener en cuenta que la micro red/IPRESS son los responsables de la aplicación de la Autoevaluación en el 100% de las IPRESS de su jurisdicción.

Actividades	Responsable	Fecha
Conformación del Equipo de Acreditación	Responsable de Gestión de la Calidad	14/05/2023
Conformación del Comité de Evaluadores Internos	Equipo de Gestión de la Calidad – Gerencia de la Microred	15/05/2023
Reunión para la Elaboración del Plan de Autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos	26/05/2023
Identificación de Macro procesos para cada servicio	Equipo de Evaluadores Internos	27/05/2023
Conformación del Equipo y responsables por cada macro procesos	Equipo de Evaluadores Internos	29/05/2023
Comunicar a la instancia superior el inicio de la Autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos – Responsable de Gestión de la Calidad	03/06/2023
Desarrollo de la Autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos – Responsable de Gestión de la Calidad	10/06/2023
Elaboración del Informe final	Equipo de Evaluadores Internos	10/07/2023