



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

### Nº 117-2023-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPDI-J-SOC

Visto el documento. del responsable de Calidad en Salud de la MR. Callalli donde solicita la emisión de Resolución de Aprobación del **“Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de la MR. Callalli para el periodo 2023.**

#### 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.

Que de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Arequipa – Caylloma aprobado por O.R. N° 044-2008-AREQUIPA, de fecha 14 de marzo del 2008, en su Artículo 8° Funciones Generales, inciso s) dice “Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad”.

Qué, por R.M. N°519-2006/MINSA del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, en el cual se señala en el eje de intervención de garantía y mejora de la calidad, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad insta en el Desarrollo é Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad la Auditoria de la Calidad de Auditoria de Calidad en la Atención en Salud.

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.

La Gerencia de la Micro red Callalli, dispone la emisión de la R.J. de aprobación del Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. de la MR. Callalli para el periodo 2023.

Con la opinión favorable de la Gerencia de la Micro Red

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º** Aprobar, el "Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. para el período 2023 de la Micro Red Callalli

**ARTICULO 2º** El Comité será responsable de la elaboración y ejecución del Plan Anual de Autoevaluaciones, Apoyo técnico de los equipos evaluadores internos, Proceso de autoevaluación de todas las IPRESS de su jurisdicción, apoyo en todo el proceso de las actividades programadas en el Plan de autoevaluación bajo estricta responsabilidad legal y administrativa.

**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 Micro Red Callalli, a los veinticuatro días de junio del Dos mil veintitres.

**REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.**



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA

*[Handwritten Signature]*  
Obst. Mariu Yucra Flores  
COP. 7823  
Jefa Microred Callalli



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud



GRA - SALUD  
RED PERIFERIA AREQUIPA

**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA**

**RED AREQUIPA CAYLLOMA**

**GESTION DE LA CALIDAD**

**PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN  
DE LA MICRORRED CALLALI**

**COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD**

**2023**

## **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. JUSTIFICACION:**

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud del primer nivel de atención, cuenten 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.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

## **IV. ALCANCE:**

El presente plan tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud del primer nivel de la Micro Red Callalli.

## **V. BASE LEGAL:**

- Ley N<sup>o</sup> 28842 "Ley General de Salud"
- Ley N<sup>o</sup> 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N<sup>o</sup> 03- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N<sup>o</sup> 519-2006 aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"
- NTS. N<sup>o</sup> 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

## **VI. METODOLOGIA DE EVALUACION:**

### Consideraciones Específicas:

1. El proceso comprende la fase de evaluación Interna Autoevaluación
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos previamente capacitados.
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. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

### Comité del Proceso de Autoevaluación:

- Unidad funcional designado oficialmente por la Dirección de la Micro Red Callalli
  - La Coordinación la realizara la Responsable de Calidad.
  - Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

### Equipo de Evaluadores Internos

- Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.
- El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.
- 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

1. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

### 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**



**VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA POR MESES												EJECUTADO	% DE AVANCE
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Plan Elaborado	1	X												1	100%
2	Conformación de Evaluadores Internos	Informe	1	X												1	100%
3	Reporte de inicio de la autoevaluación	Oficio	1									X				1	100%
4	Cronograma de actividades por macro procesos	Informe	1	X												1	100%
5	Capacitación en los diferentes macro procesos	Informe	1								X					1	100%
6	Listado de estándares	Libro	1										X			1	100%
7	Aplicación del listado de estándares	Libro	1										X			1	100%
8	Procesamiento de Datos	Digitación	1											X		1	100%
9	Evaluación y análisis de los resultados	Informe	1											X		1	100%
10	Socialización de Resultados	Informe/ Actas	1												X	1	100%
11	Elevar los resultados a nivel superior	Oficio	1												X	1	100%
12	Acciones de mejora implementadas	Informe	1												X	1	100%
13	Monitoreo de la Ejecución del Plan de Trabajo de Autoevaluación	Informe	4			X				X		X			X	4	100%

## VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.

Conformado por:

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

MACROPROCESOS	ESTABLECIMIENTO DE CALLALI	ESTABLECIMIENTO TISCO	ESTABLECIMIENTO TUTI	ESTABLECIMIENTO DE SIBAYO	ESTABLECIMIENTO DE CHALHUANCA	ESTABLECIMIENTO COTA COTA	ESTABLECIMIENTO TARUCAMARCA
<b>Direccionamiento</b>	Obst. Marilu Yucra Flores	Méd. Yngrith Gabriela Philco Rosas	Méd. Pristina Karen Villazante Tica	Méd. Carmen Silvia Paricahua Pérez	Méd. Irma Orosco Gonzales	Méd. Jimena Vega Gonzales.	Méd. Ivan Luighyns Yucra Ortiz
<b>Gestión de recursos humanos</b>	Odont. Braulio Bryant Rodríguez Dávila	Enf. Giovanna Humpiri Godoy	Enf. Gianella Grisel Carrillo Cusi	Obst. Brenda Melany Aguirre Quispe	Obst. Degory Rosmery Quispe Pumacota	Obst. Marilyn Cruzado Vasquez	Obst. Marisol Evangelina Calderon Martinez
<b>Gestión de la calidad</b>	Méd. Karen Nina Flores	Méd. Yngrith Gabriela Philco Rosas	Méd. Pristina Karen Villazante Tica	Med. Carmen Silvia Paricahua Pérez	Méd. Irma Orosco Gonzales	Méd. Jimena Vega Gonzales	Méd. Ivan Luighyns Yucra Ortiz.
<b>Manejo del riesgo de atención</b>	Enf. Diana Rivera Alave	Méd. Yngrith Gabriela Philco Rosas	Méd. Pristina Karen Villazante Tica	Méd. Carmen Silvia Paricahua Pérez	Méd. Irma Orosco Gonzales	Méd. Jimena Vega Gonzales	Méd. Ivan Luighyns Yucra Ortiz.
<b>Gestión de seguridad ante desastres</b>	Enf. Diana Rivera Alave	Enf. Catherine Jalisto Choque	Enf. Rosario de Fatima Huayra Miranda	Enf. Elizabeth Teves Salluca	Enf. Leticia Abigail Rivera Gomez	Enf. Sheyla Inca Canaza	Enf. Rossmery Geovanna Vilca Salazar
<b>Control de la gestión y prestación</b>	Méd. Karen Nina Flores	Méd. Yngrith Gabriela Philco Rosas	Méd. Pristina Karen Villazante Tica	Med. Carmen Silvia Paricahua Pérez	Méd. Irma Orosco Gonzales	Méd. Jimena Vega Gonzales	Médico Ivan Luighyns Yucra Ortiz
<b>Atención ambulatoria</b>	Med. Karen Nina Flores	Enf. Giovanna Humpiri Godoy	Obstetrix Patricia Zoila Huamani Ttito	Enf. Elizabeth Teves Salluca	Obstetrix Degory Rosmery Quispe Pumacota	Obstetrix Marilyn Cruzado Vasquez	Enf. Rossmery Geovanna Vilca Salazar
<b>Atención quirúrgica</b>							
<b>Atención de hospitalización</b>							
<b>Atención de emergencias</b>	Enf. Diana Rivera Alave	Enf. Giovanna Humpiri Godoy	Enf. Rosario de Fatima Huayra Miranda	Enf. Elizabeth Teves Salluca	Enf. Leticia Abigail Rivera Gomez	Enf. Anne Carol Shirley Marticorena Valdivia	Enf. Rossmery Geovanna Vilca Salazar
<b>Investigación</b>							
<b>Enseñanza</b>							
<b>Atención de Apoyo</b>	Blgo. Gerson Yosip Ari Rojas						

<b>diagnóstico y tratamiento</b>							
<b>Admisión y alta</b>	Tec. de Enf. Mary Luz Saico Saico	Tec. de Enf. Melina Maritza Peña Condori	Tec. de Enf. Sarita Anani Portales Figueroa	Tec. de Enf. Elena Ayta Alcasihuincha	Tec. de Enf. Lidia Irma Quenta Ccacia	Tec. de Enf. Juana Marroquin Nina	Tec. de Enf. Roger Adrián Huahuisa Farfán
<b>Referencia y contra referencia</b>	Méd. Grayson Graciela Sumina Quispilaya	Med. Yngrith Gabriela Philco Rosas	Med. Pristina Karen Villazante Tica	Med. Carmen Silvia Paricahua Pérez	Med. Irma Orosco Gonzales	Med. Jimena Vega Gonzales	Med. Ivan Luighyns Yucra Ortiz
<b>Gestión de medicamentos</b>	Tec. de Enf. Noemi Almanza León	Tec. de Enf. Melina Maritza Peña Condori	Tec. de Enf. Sarita Anani Portales Figueroa	Tec. de Enf. Elena Ayta Alcasihuincha	Tec. de Enf. Lidia Irma Quenta Ccacia	Tec. de Enf. Maximiliano Quispe Casquina	Tec. de Enf. Roger Adrián Huahuisa Farfán
<b>Gestión de la información</b>	Enf. Maritza Gissel Tanca Laime	Obstetrix Karen Paola Valenzuela Sarmiento	Obstetrix Patricia Zoila Huamani Ttito	Obstetrix Brenda Melany Aguirre Quispe	Obstetrix Degory Rosmery Quispe Pumacota	Obstetrix Marilyn Cruzado Vasquez	Obstetrix Marisol Evangelina Calderon Martinez
<b>Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización.</b>	Tec. de Enf. Mary Luz Saico Saico	Tec. De enf. Melina Maritza Peña Condori	Tec. de Enf. Sarita Anani Portales Figueroa	Tec. de Enf. Elena Ayta Alcasihuincha	Tec. de Enf. Lidia Irma Quenta Ccacia	Tec. de Enf. Juana Marroquin Nina	Tec. de Enf. Roger Adrián Huahuisa Farfán
<b>Manejo del riesgo social</b>	T.S. Lourdes Cantuta Orccori	Obstetrix Karen Paola Valenzuela Sarmiento	Obstetrix Patricia Zoila Huamani Ttito	Obstetrix Brenda Melany Aguirre Quispe	Obstetrix Degory Rosmery Quispe Pumacota	Obstetrix Marilyn Cruzado Vasquez	Obstetrix Marisol Evangelina Calderon Martinez
<b>Nutrición y dietética</b>	Nut. Samy Yulissa Raá Prieto	Enf. Catherine Jalisto Choque	Enf. Rosario de Fatima Huayra Miranda	Enf. Luz Clara Pari Condori	Enf. Leticia Abigail Rivera Gómez	Enf. Annie Carol Shirley Marticorena Valdivia	Enf. Rosmery Geovanna Vilca Salazar
<b>Gestión de insumos y materiales</b>	Tec. de Enf. Ruth Mary Cardenas Paco	Tec. de Enf. Melina Maritza Peña Condori	Tec. de Enf. Sarita Anani Portales Figueroa	Tec. de Enf. Elena Ayta Alcasihuincha	Tec. de Enf. Lidia Irma Quenta Ccacia	Tec. de Enf. Juana Marroquin Nina	Tec. de Enf. Roger Adrián Huahuisa Farfán
<b>Gestión de equipos e infraestructura</b>	Tec. de Enf. Gina Huamani Pacheco	Enf. Giovanna Humpiri Godoy	Tec de enf. Sarita Anani Portales Figueroa	Tec. de Enf. Elena Ayta Alcasihuincha	Tec. de Enf. Lidia Irma Quenta Ccacia	Tec. De Enf. Maximiliano Quispe Casquina	Tec. de Enf. Roger Adrián Huahuisa Farfán.



## 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	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"		