



## Resolución Jefatural

Arequipa, 10 de Febrero del 2024

**VISTO:** EL OFICIO N° 003-2024-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.JLIG-Calidad, presentado por la Coordinadora de Gestión de la Calidad de la Micro red de Salud Javier Llosa García, solicitando a la Jefatura se emita Resolución Jefatural de aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación para período 2024.

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece que; la "Protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla", asimismo, el numeral VI señala 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, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica en Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo", cuya finalidad es 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 cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, asimismo, la citada Norma establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como : "Fase inicial obligatoria de evaluación proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, hacen uso del listado de Estandares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento",

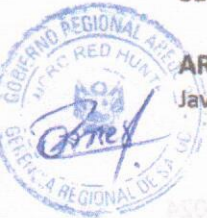
Que, mediante R.M.N° 502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, aprueba la NTS N° 029/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en el punto 6.1.1 menciona que cada establecimiento de salud constituirán los siguientes comités: Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud; asimismo señala que la acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armonico de los servicios de un establecimiento de salud y la finalidad es garantizar a los usuarios que los establecimientos acreditados cuenten con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las faltas atribuibles a los servicios de salud; Por los fundamentos anteriormente mencionados es conveniente la aprobación del Plan del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación de la Micro red de Salud Javier Llosa García presentado por la Coordinadora de Gestión de la Calidad de la Micro red de Salud Javier Llosa García, el mismo que asumirá las funciones de asistencia técnica, monitoreo, evaluación y supervisión de las Autoevaluación en la Micro Red de Salud Hunter.

De conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley N° 31953 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024 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.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º** Aprobar, el Plan del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación de la Micro red de Salud Javier Llosa García-Hunter.



**REGISTRESE Y COMUNIQUESE**

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA  
MICRO RED DE SALUD HUNTER  
*Johan Ruben Borja Salas*  
C.M.P. 37170  
MÉDICO JEFE

**JRBS/orb**



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA

RED AREQUIPA CAYLLOMA

MICRO RED DE SALUD HUNTER

GESTION DE LA CALIDAD



## PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA UGIPRESS HUNTER.

### FASE AUTOEVALUACION 2024

Lic. María Gabriela Delgado San Román  
C.D. Godofredo Rodríguez Vera  
Obs, Giuliana Cuentas Gutiérrez.  
C.D. Elida Berroa Salas  
C.D. Patricia Prado Rivera  
Medico José Carlos Xesspe carrasco.  
Medico Paola Robles Borda  
Reyna Esthefany Jiménez Coaquira

Centro de Salud Javier Llosa García- Hunter  
P.S. Daniel Alcides Carrión.  
P.S. Ampliación Pampas del Cuzco.  
P.S. Chilpinilla.  
P.S. Caminos del Inca  
P.S. Alto Alianza.  
P.S. UPIS Paisajista.  
CESMA Hunter

**AREQUIPA**

*M. Gabriela Delgado SR*

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED DE SALUD HUNTER

*Johan Ruben Barrios Salas*  
CMP. 37170  
MÉDICO JEFE

*0030  
Fomabe*

# PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA UGIPRESS HUNTER.

## FASE AUTOEVALUACION 2024

### 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. 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 EESS 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 meses 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	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEG ORIA	RESPON SABLE
1	<b>ACREDITACION</b>	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación ----- 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	Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación ----- 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 AUTOEVALUACION

ANEXO N° 1-B CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION (EQUIPO LIDERES)

ANEXO N° 2 FECHA DE INICIO DE LA AUTOEVALUACION.