



Resolución Jefatural

Arequipa, 14 de Marzo del 2025

VISTOS: El Informe Nº 013-2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS-JLIG-H. enviado por la Coordinadora de Gestión de la Calidad a la Jefatura de la Micro red de Salud Javier Llosa García, solicitando se emita Resolución Jefatural de Aprobación del PLAN DE ACREDITACIÓN de la Micro red de Salud Javier Llosa García- Hunter para el periodo 2025

CONSIDERANDO:

Qué, por R.M. Nº 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.

Que, mediante R.M. Nº 502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, aprueba la NTS Nº 029/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016, que aprueba la NTS Nº 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.

Qué, mediante R.M. Nº 456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS Nº 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.

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 acrditación en la cual los establecimientos de salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, hacen uso del listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación Interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

Por los fundamentos anteriormente mencionados es conveniente la aprobación del Plan del COMITÉ DE ACREDITACION, AUTOEVALUACION de la Micro Red DE Salud Javier Llosa García- Hunter para el periodo 2025, el mismo que asumirá las funciones de asistencia técnica monitoreo, evaluación y supervisión de la autoevaluación en al Micro red de salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO 1º Aprobación del Plan Del PROCESO DE ACREDITACIÓN para el año 2025.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRORRED DE SALUD HUNTER
Ramon Diego Rivera Ramirez
MEDICO GENERAL
CAMP. N. 42040 LINE. N. 20147
AUDICO DEL



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA

RED AREQUIPA CAYLLOMA

MICRO RED DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA - HUNTER

GESTION DE LA CALIDAD



PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED JAVIER LLOSA GARCIA- HUNTER.

FASE AUTOEVALUACION 2025

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.
Bióloga Angela Flores Baita
Sonia Ortega Gamero

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.
C.S. UPIS Paisajista.
CESMA Hunter

AREQUIPA

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED DE SALUD JAVIER LLOSA GARCIA - HUNTER.

FASE AUTOEVALUACION 2025

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 y/o CESMA 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	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 AUTOEVALUACION

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

ANEXO N° 2 FECHA DE INICIO DE LA AUTOEVALUACION.