GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA – CAYLLOMA
MICRORRED DE SALUD LA JOYA

Nº 077-2025-GRA-GRS/GR-RSAC-D-MRS-LJ-J

Resolución Jefatural

Arequipa, 06 de Mayo del 2025

VISTO; El OFICIO N°02-2024-MRS-LJ donde la responsable de Gestión de la Calidad de fecha 02 de Mayo del 2025, el documento donde se solicita la emisión de la Resolución Jefatural de Aprobación de los Planes de Gestión de la Calidad de la Microred de Salud la Joya, para el periodo 2025

CONSIDERANDO:

Que la Ley Nº26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona ó 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 Nº27657, 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.

Mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud.

Qué por R.M.Nº 640-2006/MINSA-SA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Qué, mediante R.M.Nº456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS Nº050-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.

Que, mediante R.M. Nº502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, aprueba la NTS Nº029/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016, que aprueba la NTS Nº029-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 constituirá los siguientes comités: Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 163-2020-MINSA, se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 92- MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente, para la Gestión de Riesgo en la atención de Salud" con la finalidad de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Qué, por R.M.Nº527-2011/MINSA de fecha 11 de julio del 2011, se aprobó la "Guía Técnica para la Evaluación de Satisfacción del Usuario Externo de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Qué, por R.M.Nº 468-2011/MINSA se aprobó la Guía Técnica "Guía para la Evaluación del usuario externo"

De conformidad con la Ley Nº 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley Nº 27902, Ley 31084 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2021 y según Decreto Ley Nº 22867 de Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional Nº10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R.Nº044-2008-Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa – Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Con la opinión favorable de la Jefatura de la Microred de Salud la Joya.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º Aprobar los Planes de Gestión de la Calidad en Salud los mismos que están integrados por Gestión de la Calidad en Salud (Seguridad del Paciente, Satisfacción del Usuario,) Autoevaluación y Acreditación en Salud, Auditoria de la calidad en Salud, Rondas de Seguridad del Paciente, para el período 2025 de la Microred de Salud la Joya.

ARTÍCULO 3° Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO 4° Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Dada en la Micro red LA JOYA a los (06) días del mes de mayo del dos mil veinticinco.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED DE SALUD LA JOYA

Lic. Rosa Luz Sequeiros Carrasco
JEFE MICRO RED LA JOYA

RLSC/mm.
cc. Legajo
cc. Archivo

Plan de Trabajo de Autoevaluación y acreditación de la Micro red La Joya 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 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 m 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 períodica.
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	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	N° 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	N° 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%			

VII CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLE (EVALUADOR LIDER)	JUNIO											JULIO					
		16	17	18	19	20	23	24	25	26	27	30	1	2	3	4	7	8
Reuniones de equipo para elaboración del plan y designación de colaboradores	DRA. ESPEZUA																	
Designación de responsables por cada macroproceso	DRA. ESPEZUA																	
Reunión de trabajo del equipo evaluador, análisis final del listado estándares d e acreditación	DRA ZEVALLOS DRA. ESPEZUA																	
MACROPROCESOS																		
Direccionamiento	DRA. ZEVALLOS																	
Gestión de recursos humanos	TEC. BASURCO																	
Gestión de la calidad	DRA. ESPEZUA																	
Manejo del riesgo de atención	DR. CHOQUE																	
Gestión de seguridad ante desastres	DRA. SALAZAR																	
Control de la gestión y prestación	DRA. ZEVALLOS																	
Atención ambulatoria	DR. CHOQUE																	
Atención de emergencias	DR. CHOQUE																	
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	BLGO. COARI																	
Admisión y alta	TEC. FERIA																	
Referencia y Contrarreferencia	DRA. SALAZAR																	
Gestión de medicamentos	TEC. FAR. CHAÑE																	

Gestión de la información	TEC. ZAMATA																	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	TEC. FERIA																	
Manejo del riesgo social	T.S CHARCA																	
Gestión de insumos y materiales	TEC. ENF. ROQUE																	
Gestión de equipos e infraestructura	TEC. ENF. HUANCOLLO																	

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.

MACROPROCESO	C.S LA JOYA	C.S EL CRUCE	P.S LOS MEDANOS	P.S CERRITO BUENA VISTA	P.S BENITO LAZO
1. Direccionamiento	DRA. ELIANA ZEBALLOS PACHECO	LIC. ROSA LUZ SEQUEIROS	LIC. NILDA MENDOZA CHOQUE	LIC. ERIKA CHOQUEHUANCA VERA	OBS. UBERLINDA SOLIS CRUZ
2. Gestión de Recursos Humanos	TEC. KELLY BASURCO	RES. PERSONAL	RES. PERSONAL	RES. PERSONAL	RES. PERSONAL
3. Gestión de la calidad	DRA. ARIADNE ESPEZUA CHALCO	LIC. DAYSI LOPEZ GUTIERREZ	LIC. NILDA MENDOZA CHOQUE	LIC. ERIKA CHOQUEHUANCA VERA	OBS. UBERLINDA SOLIS CRUZ
4. Manejo de Riesgo de Atención	DRA. VICTORIA SALAZAR SILVA	RESP. DEFENSA	RESP. DEFENSA	RESP. DEFENSA	RESP. DEFENSA
5. Gestión de Seguridad ante desastres	DRA. VICTORIA SALAZAR SILVA	RESP. DEFENSA	RESP. DEFENSA	RESP. DEFENSA	RESP. DEFENSA
6. Control de Gestión y Prestación	DRA. ELIANA ZEBALLOS PACHECO	DRA. ELIANA ZEBALLOS PACHECO	LIC. NILDA MENDOZA CHOQUE	LIC. ERIKA CHOQUEHUANCA VERA	OBS. UBERLINDA SOLIS CRUZ
7. Atención Ambulatoria	DR. LUIS CHOQUE AGUILAR	DRA SILVANA FERNANDEZ	SERVICIO DE MEDICINA	SERVICIO DE MEDICINA	SERVICIO DE MEDICINA
8. Atención Extramural	ASIS. SOC. JANE RODRIGUEZ CHARCA				

10. Atención de Emergencia	DR. LUIS CHOQUE AGUILAR	DRA SILVANA FERNANDEZ			
13. Atención de Apoyo Diagnostico y Tratamiento	RESP LABORATORIO	RESP LABORATORIO			
14.Admisión y Alta	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA
15. Referencia y Contrarreferencia	DRA. VICTORIA SALAZAR	SERV. MEDICINA	LIC. NILDA MENDOZA CHOQUE	LIC. ERIKA CHOQUEHUANCA VERA	OBS. UBERLINDA SOLIS CRUZ
16. Gestión de Medicamentos.	TEC. HILARIA CHAÑE QUINTANILLA	RESPONSABLE FARMACIA	LIC. NILDA MENDOZA CHOQUE	TEC. ROCIO	OBS. UBERLINDA SOLIS CRUZ
17.Gestion de la información	TEC. ZULMA ZAMATA CALCINA				
18. Descontaminación limpieza desinfección esterilización	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA	RESP. TEC. ENFERMERIA
19. Manejo de riesgo social	ASIS. SOC. JANE RODRIGUEZ CHARCA				
21 gestión de Insumos y Materiales	TEC. ENF. HERMELINDA ROQUE CHOQUE	RESP. LOGISTICA	RESP. LOGISTICA	RESP. LOGISTICA	RESP. LOGISTICA

22 Gestion de equipos e Infraestructura	TEC. ROSA HUANCOLLO	RESP. DE PATRIMONIO	RESP. DE PATRIMONIO	RESP. DE PATRIMONIO	RESP. DE PATRIMONIO	RESP. DE PATRIMONIO

IX INICIO DE AUTOEVALUACION

TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	EESS QUE INICIAN	DENOMINACION DEL EESS	CATEGORIA	FECHA INICIO	DOC OFICIAL
05	1	C.S LA JOYA	I-3		
	2	C.S EL CRUCE	I-3		
	3	P.S LOS MEDANOS	I-I		
	4	P.S. CERRITO BUENA VISTA	I-I		
	5	P.S BENITO LAZO	I-I		