



## RESOLUCIÓN JEFATURAL

Nº 20 -2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRVITOR-J

Visto el documento. del responsable de Calidad en Salud de la MR. Vitor 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. Vitor para el periodo 2025.**

### 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”.

Que, 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.

Que, 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 Vitor, 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. Vitor para el periodo 2025.

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 periodo 2025 de la Micro Red Vitor.

**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 Vitor, a los 21 días del mes de abril del Dos mil veinticinco.

**REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.**



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRORED DE SALUD VITOR

.....  
**Adelma Frida Huisa Ticona**  
OBSTETRA  
COP 13623  
JEFATURA

# **GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA**

## **RED AREQUIPA CAYLLOMA**

### **MICRORED VITOR**

#### **GESTION DE LA CALIDAD**

##### **PLAN DE TRABAJO DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA MICRORED VITOR**

###### **COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN**

**2025**

# Plan de Trabajo de Autoevaluación de la Micro Red Vitor

## 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 de la Micro Red de Salud Vitor.

## 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° 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 Especificas:**

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 Jefatura de la Micro Red.

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 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 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%			

## VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

MACROPROCESOS	CENTRO DE SALUD VITOR	CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE SIGUAS	PUESTO DE SALUD YURAMAYO
Direccionamiento	Obst. Adelma Frida Huisa Ticona	Obst. Sonia Karina Quenaya Torres	Dra. Diana Carolina Urquiaga Meza
Gestión de recursos humanos	Psic. Hubert Adolfo Caceres Mamani	Dra. Yamilet Frida Cama Caso	Dra. Diana Carolina Urquiaga Meza
Gestión de la calidad	C.D. Gerson Alberto Gómez Rodríguez	C.D Estefania Torres Bejarano	Dra. Diana Carolina Urquiaga Meza
Manejo del riesgo de atención	Lic. Enf. Marilyn Yessica Huichi Atamari	Dra. Yamilet Frida Cama Caso	Lic. Jessica Ramos Luna
Gestión de seguridad ante desastres	Dr. Carlos Enrique Martinez Secada	Lic. Vanesa Mendoza Chino	Lic. Jessica Ramos Luna
Control de la gestión y prestación	Obst. Betty Aguirre Aliaga	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Lic. María Huamani Llactahuamani
Atención ambulatoria	Lic. Enf Jonathan Jose Pacheco Yañez	Dra. Yamilet Frida Cama Caso	Dra. Diana Carolina Urquiaga Meza
Atención Extramural	Lic. Enf. Vilma Paucar de Caceres	Lic. Andrea Celeste Huanca Molina	Lic. María Huamani Llactahuamani
Atención de emergencias	Dra. Ethel Pamela Arenas Vera	Dra. Yamilet Frida Cama Caso	Dra. Diana Carolina Urquiaga Meza
Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	Biolog. Karim Loayza Morales	Biólogo. Rocío del Carpio Flores	Lic. Jessica Ramos Luna
Admisión y alta	Tec. Enf. Amelia Aurora Arteaga Salvador	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Lic. María Huamani Llactahuamani
Referencia y contra referencia	Lic. Nutr. Carla Claudia Delgado Valencia	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Lic. María Huamani Llactahuamani
Gestión de medicamentos	Tec. Enf. Noelia Vargas Vera	Tec. Enf. Shany Luan Flores Arpi	Lic. Jessica Ramos Luna
Gestión de la información	Dig. Roxana Claudia Quispe Llanos	Obst. Haydee Flores Condori	Lic. María Huamani Llactahuamani
Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización.	Obst. Sandra Carmen Amudio Peña	Biólogo. Rocío del Carpio Flores	Lic. María Huamani Llactahuamani
Manejo del riesgo social	T.S. Marisol Hernández Mayorí	Lic. Gloria Paredes Mamani	Lic. Jessica Ramos Luna
Gestión de insumos y materiales	Tec. Marleni Huanco Condori	Tec. Enf. Marleny Berrios Suaña	Lic. Jessica Ramos Luna
Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Enf. Edith Yovana Ccalla Choque	Obst. Sonia Karina Quenaya Torres	Dra. Diana Carolina Urquiaga Meza

**IX. RESULTADOS ANTERIORES:**

CENTRO DE SALUD VITOR

Macroproceso	2020	2021	2022	2023	2024
Resultado Anual			46	56	60

CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE SIGUAS

Macroproceso	2020	2021	2022	2023	2024
Resultado Anual			62	66	78

PUESTO DE SALUD YURAMAYO

Macroproceso	2020	2021	2022	2023	2024
Resultado Anual			24	52	58

**CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025**  
**CENTRO DE SALUD VITOR**

OBJETIVO: 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.

N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE		
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF			
1	Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Plan Elaborado	1	Plan elaborado				X													Gestión de la calidad
2	Conformación de Evaluadores Internos	informe	1	formato de equipo de evaluadores interno				X													Gestión de la calidad
3	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación									X								Gestión de la calidad
4	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma									X								Gestión de la calidad
5	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe									X								Gestión de la calidad
6	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS									X								Gestión de la calidad
7	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos									X								Gestión de la calidad
8	Procesamiento de Datos	digitación	1											X							Gestión de la calidad
9	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.										X							Gestión de la calidad
10	Socialización de Resultados	Infor/ Actas	1	Informe/ actas.										X							Gestión de la calidad
11	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción											X						Gestión de la calidad
12	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.	X																Gestión de la calidad
13	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X			X			X			X				Gestión de la calidad

**CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025  
CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE SIGUAS**

OBJETIVO: 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.

N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE	
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF		
1	Cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X												Gestión de la calidad
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación									X							Gestión de la calidad
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma									X							Gestión de la calidad
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe									X							Gestión de la calidad
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS									X							Gestión de la calidad
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos									X							Gestión de la calidad
7	Procesamiento de Datos	digitación	1											X						Gestión de la calidad
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.										X						Gestión de la calidad
9	Socialización de Resultados	Infor/ Actas	1	Informe/ actas.										X						Gestión de la calidad
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción											X					Gestión de la calidad
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.	X															Gestión de la calidad
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X			X			X			X			Gestión de la calidad

**CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2025  
PUESTO DE SALUD YURAMAYO**

OBJETIVO: 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.

N°	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	fuente de verificación	CRONOGRAMA POR MESES												RECURSOS		RESPONSABLE		
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	SI.	FF			
1	Cronograma del Plan Operativo Anual de Autoevaluación y Acreditación	Cronograma	1	Plan elaborado				X													Gestión de la calidad
2	Reporte de inicio de la autoevaluación	oficio	1	oficio con formato de inicio de autoevaluación										X							Gestión de la calidad
3	Cronograma de actividades por macroprocesos	informe	1	formato de cronograma										X							Gestión de la calidad
4	Capacitación en los diferentes macroprocesos	informe	1	informe										X							Gestión de la calidad
5	Listado de estándares	libro	1	libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS										X							Gestión de la calidad
6	Aplicación del listado de estándares	libro	1	Listado con datos										X							Gestión de la calidad
7	Procesamiento de Datos	digitación	1												X						Gestión de la calidad
8	Evaluación y análisis de los resultados	informe	1	informe donde se incluye acciones implementadas.											X						Gestión de la calidad
9	Socialización de Resultados	Infor/ Actas	1	Informe/ actas.											X						Gestión de la calidad
10	Elevar los resultados a nivel superior	oficio	1	oficio con firma de recepción												X					Gestión de la calidad
11	Acciones de mejora implementadas	informe	1	ver el avance del último informe encontrado.	X																Gestión de la calidad
12	Monitoreo de la Ejecución del Plan de	Informe	4	Seguimiento, monitoreo del avance de las auditorías en cada MR.				X			X			X			X				Gestión de la calidad







