



RESOLUCIÓN JEFATURAL

N°013 -2026 GRA/GRS/GR-RSAC-MRSCB/J

Cabanaconde, 15 de marzo del 2026

Visto el documento. del responsable de Calidad en Salud de la Microred de salud Cabanaconde, 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. Cabanaconde para el periodo 2026

CONSIDERANDO:

Qué, 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.

Qué, 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.

Qué, 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 8º 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 instalada en el Desarrollo e Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad la Auditoría de la Calidad de Auditoría 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 Cabanaconde, 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 Microred de salud Cabanaconde para el periodo 2026.

Con el visto bueno del comité de gestión de la Microred de salud Cabanaconde

SE RESUELVE:





PERÚ

Ministerio
de Salud



ARTÍCULO 1º Aprobar, el "Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo para el período 2026" de la Microred de salud Cabanaconde

ARTÍCULO 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 3º Encargar al responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

Dada en la sede administrativa de la Microred de Salud Cabanaconde, a los quince días del mes de marzo del Dos Mil Veintiséis.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

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

JEFATURA
Red de Salud Arequipa Caylloma
MRS CABANACONDE

Marco Antonio Gamez Begazo
MEDICO CIRUJANO / CMP: 089672
JEFE DE LA MRS CABANACONDE

**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA**

MICRORED DE SALUD CABANAACONDE

Oficina de Gestión de la Calidad

**PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y
AUTOEVALUACIÓN DE LAS IPRESS Y
SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO DE LA
MICRORED DE SALUD CABANAACONDE
2026**

**Arequipa – Perú
2026**

CONTENIDO

I.	Introducción	
II.	Justificación	
III.	Objetivo General	
IV.	Objetivo Especifico	
V.	Alcance	
VI.	Base Legal	
VII.	Metodología de Evaluación	
VIII.	Disposiciones Generales	
IX.	Anexos	
	Anexo N°1	Flujograma de la Autoevaluación
	Anexo N°2	Indicadores
	Anexo N°3	Indicadores/ Cronograma
	Anexo N°4	Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
	Anexo N°5	Hoja de Recomendaciones

“PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN DE LAS IPRESS Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO DE LA MICRORED DE SALUD CABANACONDE 2026”

I. INTRODUCCIÓN:

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud de nuestra jurisdicción cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados. Este equipo utiliza el Listado de Estándares de Acreditación vigente para realizar una evaluación interna, permitiendo determinar el nivel de cumplimiento e identificar tanto las fortalezas como las áreas susceptibles de mejoramiento.

Este es un proceso de evaluación periódica basado en la comparación del desempeño del prestador de salud, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de cada IPRESS o servicio médico de apoyo de la Microred de Salud Cabanaconde.

El presente Plan de Autoevaluación para el año 2026 se formula en el marco de la normatividad de Acreditación de los Establecimientos de Salud. Su contenido ha sido aprobado por el Equipo de Evaluadores Internos, quienes apoyarán en la identificación de brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macroprocesos, promoviendo así la mejora continua de los servicios de salud locales.

Es indispensable impulsar herramientas de calidad para fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad en el desarrollo eficiente de los procesos gerenciales, asistenciales y de apoyo. El compromiso de la Microred Cabanaconde debe ser permanente para elevar la calidad del servicio en un entorno seguro, con un enfoque humano y social.

Para nuestra gestión, es prioridad ejecutar este plan para detectar nudos críticos, revertirlos y someterlos, de ser necesario, a una segunda autoevaluación previo a la evaluación externa por parte de la Red de Salud Arequipa-Caylloma. Finalmente, el proceso iniciará con la revisión del listado de estándares según la naturaleza de cada servicio, organizando la intervención de los evaluadores en los diferentes macroprocesos bajo la normativa vigente.

II. JUSTIFICACIÓN:

El presente plan se justifica en la necesidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de la Microred de Salud Cabanaconde, según su nivel de complejidad, cuentan con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de los estándares nacionales de acreditación previamente definidos.

III. OBJETIVO GENERAL:

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud – IPRESS de la Microred de Salud Cabanaconde durante el periodo 2026.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud de 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.
- Establecer la programación de actividades para la autoevaluación de los macroprocesos en las IPRESS de la **Microred de Salud Cabanaconde**.
- Determinar las brechas de los criterios evaluados en cada uno de los macroprocesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
- Valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación.

V. BASE LEGAL

Ley N° 26842 — Ley General de Salud

D.S. N° 13- 2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA,

NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo"

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación obligatoria en todas las IPRESS de la Microred de Salud Cabanaconde y sus Servicios Médicos de Apoyo. Se evaluarán los macroprocesos de acreditación correspondientes a los niveles I-2 y I-3, orientados al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y a las necesidades de la población de nuestra jurisdicción.

VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El Equipo de Evaluadores Internos utilizará diversas técnicas para evidenciar y verificar los criterios de evaluación de la Lista de Estándares. El documento técnico de referencia será el Listado de Estándares de Acreditación, el cual contiene los estándares, atributos, relaciones de referencias normativas y criterios de evaluación en función de los 22 macroprocesos que se realizan en el establecimiento.

Este instrumento consta de criterios distribuidos de la siguiente manera:

- Estructura: 36%
- Proceso: 45%
- Resultados: 19%

Existen tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

1. Normas legales que regulan los procesos emanados por el MINSA.
2. Normas legales sectoriales que regulan los procedimientos y procesos institucionales (GERESA Arequipa / RSAC).
3. Normas internas de cada IPRESS prestadora.

Técnicas a utilizar:

- Verificación/revisión de documentos (Historias clínicas, libros de registro, manuales).
- Observación directa de los procesos.
- Entrevistas al personal y usuarios.
- Auditorías de cumplimiento.
- Encuestas de satisfacción.

Instrumentos para la Autoevaluación

a. Listado de Estándares de Acreditación El listado está organizado en:

- Macroproceso: El objetivo y alcance de la evaluación.
- Código del estándar.
- Estándar: El nivel de desempeño esperado.
- Atributos: Relacionados a la calidad del estándar.
- Referencia normativa nacional/sectorial: Sustento legal del criterio.

Clasificación de los macro procesos:

Se contempla veintidós macro procesos que representan a todas las funciones que realiza un establecimiento de salud.

Clasificación de los Macroprocesos	Macroprocesos
Macroprocesos Gerenciales	Direccionamiento
	Gestión de recursos humanos
	Gestión de la calidad
	Manejo del riesgo de atención
	Gestión de seguridad ante desastres
	Control de la gestión y prestación
Macroprocesos Misionales	Atención ambulatoria
	Atención extramural
	Atención de hospitalización
	Atención de emergencias
	Atención quirúrgica
	Docencia e Investigación
Macroprocesos de Apoyo	Apoyo diagnóstico y tratamiento
	Admisión y alta
	Referencia y contrarreferencia
	Gestión de medicamentos
	Gestión de la información
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización
	Manejo del riesgo social
	Manejo de nutrición de pacientes
	Gestión de insumos y materiales
	Gestión de equipos e infraestructura

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

Diagrama 1: La estructura del Listado de Estándares de Acreditación es el siguiente:

Es preciso conocer que los macro procesos (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra los MP que no aplican según la categoría y naturaleza jurídica de los establecimientos de salud:

Tipo de EESS (Por categoría y naturaleza jurídica)	Macro procesos que <u>NO</u> <u>APLICAN</u>	Nº de Macro procesos que no aplican por categoría y naturaleza jurídica
I-1	- Atención de Hospitalización - Atención Quirúrgica - Docencia e Investigación - Apoyo Diagnóstico y Tratamiento - Manejo de Nutrición de Pacientes	5
I-2		
I-3	- Atención de Hospitalización - Atención Quirúrgica - Docencia e Investigación - Manejo de Nutrición de Pacientes	4
I-4	- Atención Quirúrgica - Docencia e Investigación - Manejo de Nutrición de Pacientes	3
II-1	- Atención Extramural	1
II-2		
III-1		
Clínicas Privadas	- Atención Extramural - Docencia e Investigación (opcional) - Manejo del Riesgo Social	3
Hospitales EsSalud y FFAA y Policiales	- Atención Extramural - Manejo del Riesgo Social	2

a. Formatos para la evaluación

- Hojas de Registro de Datos, que incluye:
 - a. Nombre del Establecimiento,
 - b. El macro proceso evaluado, n
 - c. Nombre de los evaluadores,
 - d. La fecha de la evaluación,
 - e. Los servicios o áreas evaluadas,
 - f. La identificación de los participantes/evaluados,
 - g. El código del estándar, el código del criterio evaluado,
 - h. El puntaje obtenido (para evaluación externa se contará con dos columnas de puntaje),

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

- i. Las fuentes auditables,
 - j. La técnica utilizada,
 - k. El sustento de la evaluación y/o comentarios
- Hoja de Recomendaciones, que incluye:
- a. El nombre del evaluador líder
 - b. La fecha de las recomendaciones
 - c. Los servicios evaluados
 - d. El macro proceso intervenido
 - e. Las observaciones
 - f. Las recomendaciones

c. Calificación de la evaluación

El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será “aprobada” o “no aprobada”.

El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

Calificación de la evaluación:

Aprobado/Acreditado	No aprobado/No acreditado	
85%	70 a 84.9%	Nueva Evaluación en 6 meses
	50 a 69.9%	Nueva Evaluación en 9 meses
	- de 50%	Autoevaluación

VIII. RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO

- Haber recibido capacitación como evaluador interno en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garantice su desenvolvimiento individual con autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas. > Documentar sus observaciones. Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara

Competencias de un Evaluador

Responsabilidades	Competencias específicas	Capacidades
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación y auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	- Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macro procesos - Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas - Identifica posibles fuentes auditables según criterios objetivos
Identifica acciones de mejoramiento continuo	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos	- Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos)
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	- Identifica problemas - Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.
Emite un Informe Técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida.	- Resume hallazgos en base a evidencias objetivas - Sustenta las observaciones formuladas. - Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos.

IX. 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 Autoridad Sanitaria 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 Microred o similar en otros subsectores.

“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

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 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.

X. ANEXOS

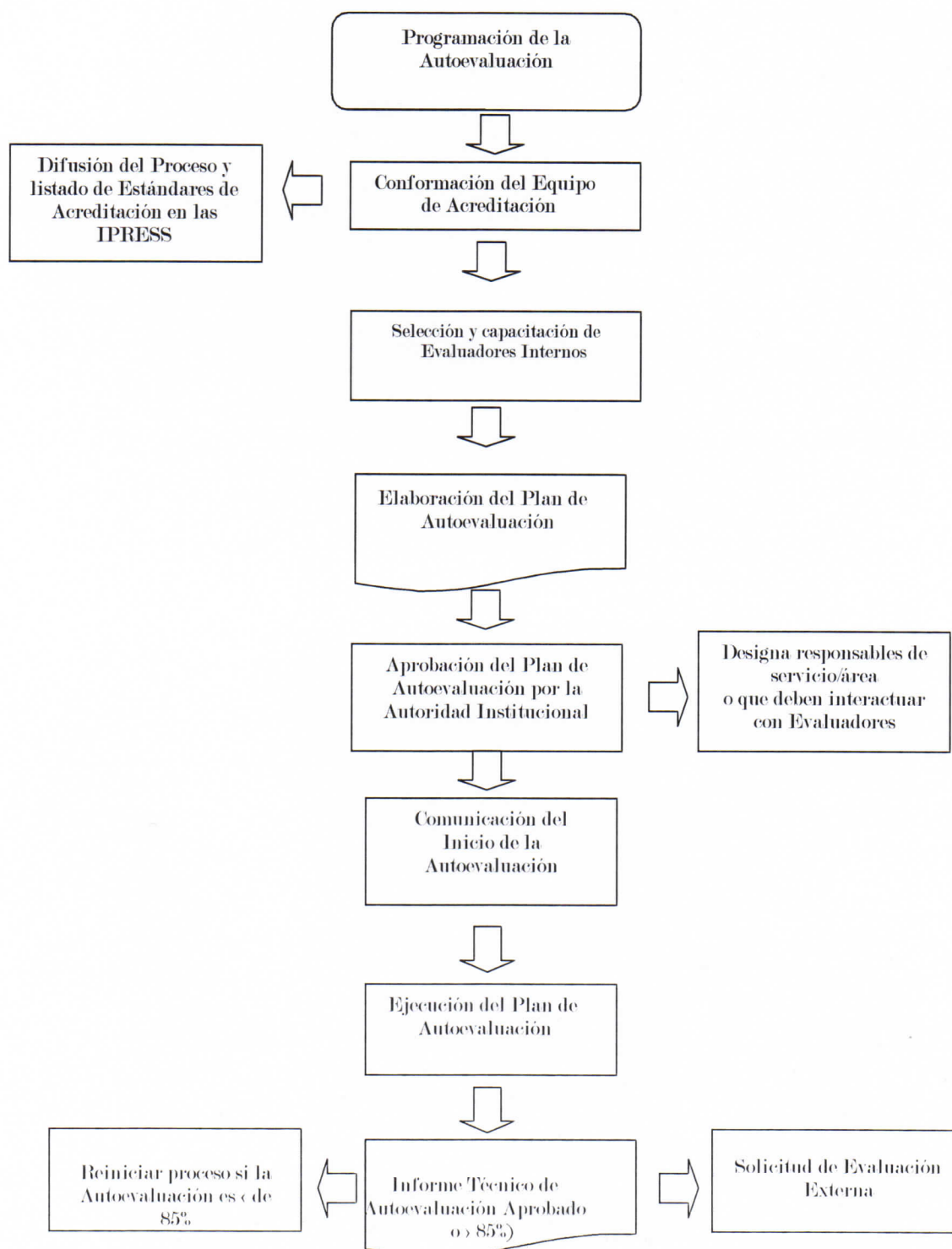
ANEXO N° 1 flujograma de la Autoevaluación

ANEXO N° 2 Indicadores

ANEXO N° 3 Indicadores – Cronograma

ANEXO N° 4: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

ANEXO N° 5: Hoja de Recomendaciones

ANEXO N° 1**FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN**

ANEXO N°02

INDICADORES

N°	PROCESO	ESTÁNDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORI A	RESPONSA BLE
1	ACREDITACION	Todos los EESS realizan la autoevaluación	Porcentaje de EESS que han realizado la autoevaluación	N° de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación Total IPRESS que pertenecen a la Microred de Salud Cabanaconde	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los EESS que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02	I- 2 a I-3	Gestión de la Calidad
2		Todos los EESS han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de EESS que han aprobado la Autoevaluación	N° de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación Total, Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red de Salud Arequipa-Caylloma.	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. N° 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

ANEXO N°03

INDICADORES - CRONOGRAMA

INDICADOR	N°	%	CRONOGRAMA 2026											
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Porcentaje de EESS que han realizado la autoevaluación	5	75%												
Porcentaje de EESS que han aprobado la Autoevaluación	5	75%												

ANEXO N° 04: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento de Salud :

Macro proceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados :

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios

ANEXO N° 05: Hoja de Recomendaciones

Evaluator(es) : _____

Fecha : _____

Servicios evaluados : _____

Macro proceso	Observaciones	Recomendaciones

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MIRCO RED DE SALUD CABANAACONDE
CENTRO DE SALUD CABANAACONDE
.....
Marco Antonio Carpio Rojas
CIRUJANO DENTISTA
COP. 60696

CD Marco Antonio Carpio Rojas

Encargado de Calidad MR. Cabanaconde