



Resolución Jefatural

Arequipa, 10 de Abril del 2026

VISTO: El informe Nº 011-2026- GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.JLIG-H-J enviado por la Coordinadora de GESTIÓN DE LA CALIDAD, solicitando a la Jefatura de la Micro red Javier Llosa García se emita Resolución Jefatural de Aprobación del Plan de AUTOEVALUACION para el período 2026.

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, 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 Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad", el cual establece como uno de sus componentes, la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo una de sus líneas de acción, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, se aprobó la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la finalidad de estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores para cada uno de los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, el informe Nº 011-2026- GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.JLIG-H-J enviado por la Coordinadora de GESTIÓN DE LA CALIDAD, solicitando a la Jefatura de la Micro red Javier Llosa García se emita Resolución Jefatural de Aprobación del Plan de AUTOEVALUACION para el período 2026., ya que contempla los aspectos necesarios a la estructura establecida de acuerdo a la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Por lo tanto, se remite el presente expediente, a fin de dar continuidad a las gestiones administrativas correspondientes para la aprobación del mismo. considera que es viable la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación, emitiéndose la Resolución Jefatural correspondiente, a fin de alcanzar los objetivos y metas programadas.



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 2026

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
 Ps. Kelly Zeida Machaca Turpo

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

Gobierno Regional Arequipa
 Gerencia Regional de Salud
 Red de Salud Arequipa - Caylloma
 Micro Red de Salud Hunter
 María G. Delgado San Román
 C.R. 22484 - Resp. Calidad S.I.S.

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

FASE AUTOEVALUACION 2026

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.

IV. 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**

COMITÉ DE AUTOEVALUACION POR MICRORED:

- Con Resolución Jefatural N° 027 -2026 se aprueba el Comité de Acreditación, Autoevaluación y auto evaluadores internos.

VI INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIO DO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEG ORIA	RESPON SABLE
1	ACREDITA CION	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.

RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA MICRO RED DE SALUD HUNTER

MACROPROCESO	P.S. D.A.C.	P.S. Pampas del	C.S. Hunter	P.S. Chilipillita	P.S. Caminos del	P.S. Alto Alianza	C.S. UPIS Paisajista	C.S.M.Comunista
1. Direccionamiento	JESUS FERNANDEZ CONTRERAS	Dr. Richard Arispe T.	Ramon Rivera	Elida Angelica Berroa Salas	Dra Raquel Ramos Armaza	José Xesspe Carrasco	Paola Robles Borda	Lic. Maria Jesus Durand Yanqui
2. Gestion de Recursos Humanos	JESUS FERNANDEZ CONTRERAS	Lic. Maria Alejandra Gonzales H.	Orelia Romero Balcazar	Juana Quispe Roque	Obs. Aledia Lopez Ortiz	Juan Cárdenas Casquino	Giovana Marquez Concha	Lic. Karina Esmeralda Saravia Loza
3. Gestion de la calidad	GODFREDO RODRIGUEZ VERA	Lic. Giuliana Cuentas G.	Maria Gabriela Delgado San Roman	Elida Angelica Berroa Salas	Dra Patricia Prado Rivera	José Xesspe C. Elizabeth Chacón Ledón.	Angela Flores Baila	Ps. Kelly Zaida Machuca Turpo Lic. Sonia Moreyana Ortega Gamaro Lic. Maura Zae Andrade
4. Manejo de Riesgo de Atención	MAMANI MACEDO	Lic. Giovanna Gutierrez P.	Juan Contreras Aparicio	Marcollina Muñoz Bustinza	Ramos Armaza	Juan Cárdenas Casquino	Paola Robles Borda	Lic. Maria Jesus Durand Yanqui
5. Gestion de Seguridad ante desastres	ROYER VILCA VILLAVICENCIO	Tec. Juana Velarde Ch.	Carlos Quispe Matlaga	Carmen Guerra Maritio	Dra Patricia Prado Rivera	Juan Cárdenas Casquino	Angela Flores Baila	Lic. Karina Esmeralda Saravia Loza
6. Control de Gestion y Prestacion	DIANA FIGUEROA RAMOS	Dr. Marco Chara Velarde	Raimon Rivera Ramirez	Juana Quispe Roque	Dra Raquel Ramos Armaza	José Xesspe Carrasco.	Paola Robles Borda	Lic. Luz Vanessa Herencia Castro
7. Atencion Ambulatoria	DIANA FIGUEROA RAMOS	Lic. Marcela Quispe Pancca	Johnon Barros Salas	Luz marina Muñoz Bustinza	Dra. Zenobia Palitio Marquez	Roxana Bustamante Carpio	Paola Robles Borda	Ps. Usaimys Milagros Morales Chura Lic. Reyna Estefany Jimenez Coaquira
8. Atencion Extramural	FLORYSABEL YANQUI RUELAS	Dra. Yenny Cabrera	A.S. Janeth Huancra Paja	Elida Angelica Berroa Salas	Dra Patricia Prado Rivera	Yanet Liendo Aspiqueuta.	Luz Marina Luza Huilica	Lic. Reyna Estefany Jimenez Coaquira
9. Atencion de Hospitalizacion	No corresponde	No corresponde	Margot Basurco Yauri	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
10. Atencion de Emergencia	JESUS FERNANDEZ CONTRERAS	Lic. Mariol Linares	Jhon Capa Gutierrez	Luz marina Muñoz Bustinza	Lic. Edith Zegarra Mamani	Anthony Valdivia Vizcarra	Paola Robles Borda	Lic. Fanny Nicole Alas Puma
13. Atencion de Apoyo Diagnostico y Tratamiento	No corresponde	Lic. Rocio Gomez Flores	Erka Gutierrez Conde	Luz marina Muñoz Bustinza	Dra Raquel Ramos Armaza	Carlos Jurado Bahamondes.	Angela Flores Baila	Lic. Reyna Estefany Jimenez Coaquira
14. Admisión y Alta	MAGALI PAREDES MURILLO	Tec. Nely Lopez Alvarez	Elsa Rodriguez Revilla	Luz marina Muñoz Bustinza	Tec. Enf Aida Dueñas Molina	Mirlian Parque Ticona	Pauli Mercado Grande	Tec. Enf. Sara Chudcuya Ceana
15. Referencia y Contrareferencia	FLORYSABEL YANQUI RUELAS	Tec. Juana Velarde Ch.	Guadalupe Berdejo Carrasco	Juana Quispe Roque	Tec. Asis. Oscar Arnao Arpila	José Xesspe Carrasco	Liliana Rojas Carlotto	Lic. Maria Jesus Durand Yanqui
16. Gestion de Medicamentos.	MARIA ELENA HUANCA CHOQUE	Tec. Flora Denos	Q.F. Lindsay Rosell Chavez.	Mariela Monzon Chunga	Tec. Enf Aida Dueñas Molina	Delia Tanqui Mamani	Martha Pari Condoni	Q.F. Dario E. Carpio Huancu
17. Gestion de la informacion	MARIA ELENA HUANCA CHOQUE	Lic. Maria Alejandra Gonzales H.	Roman Paris Valesquez	Ila Palma Sarmiento	Tec. Asis. Oscar Arnao Arpila	Clorinda Piro Juarez	Liliana Rojas Carlotto	Lic. Reyna Estefany Jimenez Coaquira
18. descontaminación limpieza desinfeccion esterilizacion	GLADYS CONDORY CHEJE	Lic. Walter Huisa	Rosa Suely Barriga	Ila Palma Sarmiento	Tec. San Juan Cortinas	Delia Tanqui Mamani	Bianca Castillo Colana	Sra. Karina Lima Sierra
19. Manejo de riesgo social	FLORYSABEL YANQUI RUELAS	Tec. Nely Lopez Alvarez	A.S.Elizabeth Luque Callo	Mariela Monzon Chunga	Dra Patricia Prado Rivera	Yanet Liendo Aspiqueuta.	Giovana Marquez Concha	Lic. Sandra Elizabeth Zúñiga Chipana
20. Nutricion y Dietetica	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde	No corresponde
21. Gestion de Insumos y Materiales	MAGALI PAREDES MURILLO	Tec. Victor Quispe Pancca	Carola Gonzales Aie	Mariela Monzon Chunga	Tec. Enf. Emelita Delgado Yana	Clorinda Chirinos Vera.	Luzgarda Pumacota Huachani	Sra. Karina Lima Sierra
22. Gestion deequipos e Infraestructura	UBERLINDA GIOVANNA HUARSAYA HUARSAYA	Dr. Mario Obando Ortiz	Carola Gonzales Aie	Mariela Monzon Chunga	Tec. Enf. Emelita Delgado Yana	Clorinda Chirinos Vera.	Luzgarda Pumacota Huachani	Q.F. Dario E. Carpio Huancu