



Resolución Jefatural

Visto el Acta del Comité de Gestión Nº 0002 -2026 de Fecha 23 de febrero del 2026, La Jefatura de la Microred Mariscal Castilla, dispone que se apruebe el **Plan de Autoevaluación y acreditación en Salud de la Microred Mariscal Castilla, para el periodo 2026.**

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.º 640-2006/MINSA-SA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Qué, mediante R.M.º456-2007/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.

Qué, por R.M.º468-2011/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 32185 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025 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.º044-2008-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 del Jefe de la Micro Red Mariscal Castilla

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º Aprobar el Plan de Autoevaluación y Acreditación en Salud , para el periodo 2026 de la Microred Mariscal Castilla.

ARTÍCULO 2º Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente Resolución.

Dada en la sede de la Micro red Mariscal Castilla a los 23 días del mes de febrero del dos mil veintiséis

REGISTRESE Y COMUNIQUESE.



PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA MICRORED MARISCAL CASTILLA.

AUTOEVALUACIÓN

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.

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 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 EEES 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.

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 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

IMPLEMENTACION DE LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

DEFINICION OPERACIONAL. -

Actividad de evaluación interna del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo

FUENTE DE VERIFICACIÓN.-

Informe sobre conformación de equipos, Plan de autoevaluación, comunicación de inicio de autoevaluación e informe técnico de Autoevaluación de los establecimientos de salud de la Microred Mariscal Castilla.

CONCENTRACIÓN.-

1 Anual

VI.- INDICADORES

N°	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	$\frac{\text{N° de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	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	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	$\frac{\text{N° de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. N° 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

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.

ANEXO 1-A

**MICRO RED DE MARISCAL CASTILLA
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION – A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	Ps. Soledad Eyzaguirre				X												
Designación de responsables por cada macroproceso	Dra. Sonia Diaz Bravo		X		X												
Presentación del plan a la Dirección	Ps. Soledad Eyzaguirre				X												
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación	Dra. Sonia Diaz Bravo							X									
Presentación del plan a jefes de servicio, personal	Ps. Soledad Eyzaguirre								X								
Macroproceso																	
Direccionamiento	Dra. Sonia Diaz Bravo Ps. Soledad Eyzaguirre Enf. Marlene Huayta, C.D. Tec. Luis Alvaro R.									X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de recursos humanos										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de la calidad										X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo del riesgo de atención										X	X	X	X	X	X	X	X
Emergencias y desastres										X	X	X	X	X	X	X	X
Control de la gestión y prestación										X	X	X	X	X	X	X	X

atención ambulatoria	Enf. Genivivie Valderrama, Marlene Huayta, Clovaldo Paredes, T.S. Graciela Tapia									X	X	X	X	X	X	X	X
Atención extramural										X	X	X	X	X	X	X	X
Atención de hospitalización										X	X	X	X	X	X	X	X
Atención de emergencia										X	X	X	X	X	X	X	X
Docencia e investigación										X	X	X	X	X	X	X	X
Atención quirúrgica										X	X	X	X	X	X	X	X
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Dra. Beatriz Calderón, Dra. Sonia Díaz Dra. Rocio Gavilano Tec. Enf. Nancy Salas Tec. Inf. Ronal Mamani.									X	X	X	X	X	X	X	X
Admisión y alta										X	X	X	X	X	X	X	X
Referencia y contrarreferencia										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de medicamentos										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de la información	T.S. Graciela Tapia, Nut. Ariela Espinoza, Gladys Pilco, Tec. Sant..									X	X	X	X	X	X	X	X
Esterilización, lavandería y limpieza										X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo de registro social										X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo de nutrición de pacientes										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de insumos y materiales										X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de equipos e infraestructura										X	X	X	X	X	X	X	X
Procesos de datos	Esthefany Bustamante								X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de resultados	Ps. Soledad									X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración del informe preliminar	Ps. Soledad										X	X	X	X	X	X	X
Presentación del informe preliminar	Dra. Sonia Díaz Bravo											X	X	X	X	X	X
Revisión y corrección del informe	Ps. Soledad											X	X	X	X	X	X
Entrega del informe técnico	Ps. Soledad												X	X	X	X	X

Anexo 1-B – EQUIPOS LIDERES

- EQUIPO EVALUADOR.-

MACROPROCESOS		RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS -2026			
		C.S.MARISCAL CASTLLA	C.S.SEMIRURAL PACHACUTEC	C.S.JOSE SANTOS ATAHUALPA	C.S. CURAL
1	Direccionamiento	Dra. Sonia Diaz Bravo	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	Enf. Ines Ccasa Chino
				Dr. Francisco Choquehuanca H.	
2	Gestión de Recursos Humanos	Enf. Karen Peralta Zeballos	Med. Henry Aynaya Cahui	C.D. Evelyn Zanabria Caceres	Tec Enf. Elsa Esquivel Soto
3	Gestión de la Calidad	Ps. Soledad Eyzaguirre A.	Biog. Gilda Peñalva Suca	Obst. Janeth Andia Chavez	Enf. Mery Fluker Argandoña
4	Manejo de Riesgo de Atención	Dra. Rocío Gavilano Vera	Dra. Tula Sánchez García	Dr. Francisco Choquehuanca H.	Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
			Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	
5	Gestión de Seguridad ante desastres	Tec. Enf. Luis Álvaro Rojas	Tec Enf. Virginia Peralta Paniura	Tec Enf. Karen Meza Silva	Tec. Enf. Raquel Rafael Quispe
6	Control de Gestión y Prestación	Enf. Genievvie Valderrama O.	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Claudia Cardenas Valdivia	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
		Enf. Celia Cueva Quispe	Enf. Romy Alvarez		Enf. Mery Fluker Argandoña
7	Atención Ambulatoria	Dr. Hugo Ascencios Villafuerte	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dr. Francisco Choquehuanca H.	Enf. Mery Fluker Argandoña
			Dra. Lourdes Corzo Velarde	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	
8	Atención Extramural	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Nut. María Rita Lazo Salas	Nut. María Rita Lazo Salas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
9	Atención de Hospitalización	"-----"	"-----"	"-----"	"-----"

10	Atención de Emergencia	Enf. Marleni Huayta Paucar.	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Claudia Cardenas Valdivia	Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
		Enf. Clovaldo Paredes Mamani	Enf. Yessenia Terrazas Cano	Enf. Wendy Chavez Chavez	Enf. Mery Fluker Argandoña
11	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biolg. Liliana Ramos Lupaca	Biolg. Gilda Peñalva Suca	Biolg. Gilda Peñalva Suca	Biolg. Liliana Ramos Lupaca
12	Admisión y Alta	Enf. Marlene Huayta Paucar	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Wendy Chávez Chávez	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
13	Referencia y Contrareferencia	C.D. Beatriz Calderón Arenas	Tec. Enf. Pilar Alvarez Curahua	Tec Enf. Meliton Chuctaya	Enf. Mery Fluker Argandoña
14	Gestión de Medicamentos	Tec. Enf. Nancy Salas Yaro	Tec. Enf. Pilar Alvarez Curahua	Tec. Enf. Karen Meza Silva	Tec. Enf. Elsa Esquivel Soto
		Tec. Enf. Giovana Riveros G.			
15	Gestión de la información	Tec. Adm. Estefany Bustamante E.	Tec. Adm. Bryan Naveda Soto	Tec. Adm. Estefany Bustamante E.	Tec. Adm. Bryan Naveda Soto
16	Esterilización, lavandería y limpieza				
17	Manejo de Riesgo Social	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Nut. Maria Rita Lazo Salas	C.D. Evelyn Zanabria Caceres	Enf. Mery Fluker Argandoña
18	Manejo de nutrición de pacientes	Nut. Ariela Espinoza Ali	Nut. Paul Corbacho G.	Nut. Flor Ramos Lupaca	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
19	Gestión de insumos y materiales	Tec Percy Cuela Llanos	Tec. Enf. Henry Chavez Orcon	Tec Enf. Karen Meza Silva	Enf. Mery Fluker Argandoña
					Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
20	Gestión de equipos e infraestructura	Tec Sanit. Julio Condori Diaz	Tec Enf. Erlinda Cosi Quispe	Tec Enf. Karen Meza	Tec. Enf. Elsa Esquivel Soto



ANEXO 2 –

FECHA DE INICIO DE AUTOEVALUACION

BASE DE DATOS DEL INICIO DE LAS AUTOEVALUACIONES –PERIODO 2025

TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	EESS INICIO	DENOMINACION	CATEGORIA	MICRORED	FECHA INICIO	DOC.	FECHA RECEP
04	1	C.S. Mariscal Castilla	I-3	MARISCAL CASTILLA	junio	OFIC	
	2	C.S. Semirural Pachacutec	I-3	MARISCAL CASTILLA	Junio	OFC	
	3	P.S. Jose S.Atahualpa	I-2	MARISCAL CASTILLA	Julio	OFC	
	4	P.S. EL CURAL	I-1	MARISCAL CASTILLA	Julio	OFC	

Conformado por:

- A : Lic. Mariluz Acabana Mamani
- B : Dr. Cesar Nuñez Bernal
- C : Dra. Gabriela Copa Bobadilla
- D : Obst. Edward Chire Lipe

FICHA DE ACCION DE MEJORA

PROBLEMA	ACCION	RESPONSABLE	FLUJOGRAMA DE MEJORA