



RESOLUCION JEFATURAL

VISTO

El documento. del responsable de Calidad en Salud de la Micro Red San Isidro 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 Micro Red San Isidro para el periodo 2026”.

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”.

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 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.



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.

La Gerencia de la Micro Red San Isidro 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 Micro Red San Isidro para el periodo 2026.

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 período 2026 de la Micro Red San Isidro

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.

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

Dada en la Micro Micro Red San Isidro, a los 05 días del mes de Febrero del Dos mil veintiseis.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRORED SAN ISIDRO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Lic. Juan Cristóbal Andaviza Espinoza
JEFE MICRORED SAN ISIDRO
CEP: 072314





MICRORED DE SALUD SAN ISIDRO

PLAN DE ACREDITACION DE LAS IPREES

FASE AUTOEVALUACION

PERIODO 2026

FORMULACIÓN DEL PLAN

OPERATIVO

2026

I. INTRODUCCIÓN:

Uno de los objetivos de todo Sistema de Salud es mejorar la accesibilidad al Sistema Sanitario, en nuestro País, esto se está logrando a través del Seguro Integral de Salud; sin embargo, ahora los ciudadanos requieren de los servicios una mejor calidad. La calidad de los servicios es un proceso permanente de mejora continua, que inicia con la implementación de las Normas y Directivas establecidas a nivel Nacional, Regional y Local para el funcionamiento de los establecimientos de salud.

Dentro del componente de garantía y mejoramiento de la calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la autoevaluación es una metodología que evalúa el desempeño de la prestación de salud a través de una serie de estándares, promoviendo la mejora continua de procesos. Este proceso permitirá adoptar estrategias para mitigar el riesgo de eventos adversos. Este proceso permitirá adoptar estrategias para mitigar el riesgo de eventos adversos y permitir el uso eficiente y eficaz de sus recursos; mejorar la confianza de los usuarios e incrementar su satisfacción por los servicios que reciben.

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 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. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud de la Micro Red San Isidro

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 28842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 03- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo."
- R.M. N° 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. CONTENIDO

El Centro de Salud San Isidro en sus últimas autoevaluaciones realizadas tiene como precedente en el año 2022 un puntaje del 63%, el año 2023 de 54.0%, puntaje 2024 fue 68 %, 2025 fue 69.8% los mismo que ha permitido la verificación de estándares para la correspondiente subsanación de las desviaciones y riesgos en el cumplimiento de metas y objetivos de los procesos institucionales con eficacia y eficiencia. En este contexto es imprescindible dar cumplimiento al Proceso de Autoevaluación 2026 conforme indica la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Cuadro con puntajes por puesto

DISPOCISIONES GENERALES

- El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y evaluación externa
- El proceso para el primer nivel comprende a una micro red
- Comparten responsabilidades la comisión nacional sectorial, la comisión regional sectorial y la dirección de calidad de salud.
- Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores certificados
- La evaluación se realiza en base a estándares de acreditación, es el único instrumento para la evaluación periódica.
- El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Autoevaluación

- A cargo de un equipo de evaluadores internos
- Es de carácter obligatorio
- Se realiza mínimo una vez al 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

Consideraciones Específicas:

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 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. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

METODOLOGIA DE EVALUACIÓN:

Las Referencias Normativas y las fuentes auditables.

Se utilizarán las Directivas y normas técnicas del Ministerio de Salud, que estandarizan los procesos en cada servicio o área, el cual se realizará según cada macroproceso.

Las fuentes auditables son libros de registros y/o cuadernos, documentos de gestión de la Institución, guías de prácticas clínicas o protocolos, informes realizados al director general y gerencia regional de salud, informes de auditoría de caso, reportes estadísticos y de la oficina de epidemiología, sistemas informáticos (siga, sigalenplus, etc.)

Las Técnicas a utilizar:

- ✓ Se realizarán reuniones técnicas de capacitación, de elaboración del plan, de apertura, de entrenamiento, reuniones técnicas del equipo de autoevaluación, de cierre y presentación de resultados.
- ✓ Se realizará verificación/revisión de documentos durante la evaluación de los diferentes macroprocesos.
- ✓ Se realizará observación para identificar los procesos a través de un listado de chequeo.
- ✓ Se realizará entrevistas a los jefes de cada servicio, y según la necesidad a los trabajadores

que en ese momento están brindando la atención, para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

- ✓ Se realizará muestreo aleatorizado al 5% de pacientes para la identificación de su satisfacción, de trabajadores sobre conocimiento de procesos gerenciales.

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**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

VII. RESPONSABILIDADES

Comité del Proceso de Autoevaluación:

- Unidad funcional designado oficialmente
- 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.
- Debe estar compuesto por un mínimo de 5 evaluadores
- Evaluadores médicos (2), enfermera (1) con experiencia en procesos de apoyo (2)
- El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.
- Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A

[illegible]

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Responsable	Macroproceso	Equipos de Evaluadores internos	Fechas	Responsables Evaluados
	Direccionamiento		Julio 2026	
	Gestión de Recursos Humanos			Jefe de la Oficina de Personal
	Gestión de la Calidad			Coordinador de Calidad
	Manejo del Riesgo de la Atención			Jefe del Servicio de Medicina Jefa del Servicio de Enfermeras
	Gestión de Seguridad ante Desastres			Responsable del área de Emergencia y Desastres
	Control de la Gestión y Prestación			Jefe del Servicio de Medicina
	Atención Ambulatoria		Julio 2026	Jefe del Servicio de Medicina
	Atención de Hospitalización			
	Atención de Emergencia			Jefe del Área de Emergencia
	Atención Extramural			
	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento			Responsable de Laboratorio
	Admisión y Alta		Julio 2026	Jefe del Departamento de Estadística e Informática
	Referencia y Contrarreferencias			Encargada de Referencias y Contrarreferencias
	Gestión de Medicamentos			Jefa de Servicio de farmacia
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización			Jefa del Servicio de Esterilización
	Manejo del Riesgo Social		Julio 2026	Jefa de Servicio Social
	Gestión de insumos y Materiales			Jefe de Oficina de Logística
	Gestión de equipos e Infraestructura			Jefe de Servicios Generales y Mantenimiento

INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEG ORIA	RESPON SABLE
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	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%	R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

Anexo N° 01

Responsable de Calidad en Salud: Elian Eliette Amesquita Mendiguri
Correo electrónico: eamesquitamendiguri@gmail.com
Número Celular: 935838502
Codigo de Radio: Trabajo: