



### Resolución Jefatural

Visto el documento, del responsable de Calidad en Salud de la Micro Red Víctor Raul Hinojosa Llerena, 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 Víctor Raul Hinojosa 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 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 Víctor Raul Hinojosa, 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 Víctor Raul Hinojosa para el periodo 2026.

Con la opinión favorable de la Gerencia de la Micro Red Víctor Raul Hinojosa

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°** Aprobar, el "Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo para el periodo 2026 de la Micro Red Víctor Raul Hinojosa

**ARTICULO 2°** 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.

**ARTÍCULO 3°.-** Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

Dado en la sede de la Micro Red Víctor Raúl Hinojosa a los treinta y uno días del mes de julio del año 2026.

### REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA  
MICRORED DE SALUD VÍCTOR R. HINOJOSA  
Me. J. Carlos Osorio Gallegos  
C.M.P. 3770  
JEFE DE MICRORED

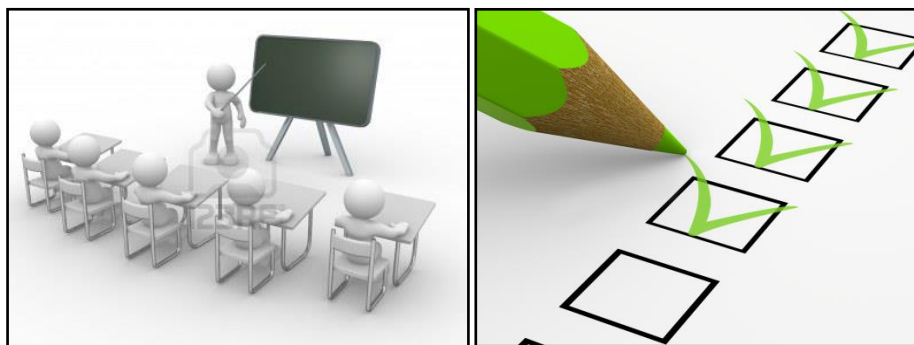


PERÚ

Ministerio  
de Salud



**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA  
RED AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA  
GESTION DE LA CALIDAD**



**PLAN DE AUTOEVALUACION  
MICRO RED VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA**

## **INDICE**

- 1. INTRODUCCION**
- 2. ANTECEDENTES**
- 3. BASE LEGAL**
- 4. OBJETIVOS**
  - **OBJETIVO GENERAL**
  - **OBJETIVOS ESPECIFICOS**
- 5. AMBITO Y ALCANCE**
- 6. LINEAS DE ACCION**
- 7. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**

## I. INTRODUCCION:

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. ANTECEDENTES:

El año 2021 se tuvo como 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Se lograron realizar las actividades siguientes:

### RESULTADOS AUTOEVALUACION

| EES                               | 2018 | 2019 | 2020 | 2,021 | 2,022 | 2,023 | 2,024 | 2025 |
|-----------------------------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|------|
| C.S. VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA | 74   | 80   | 81   | 85    | 84    | 81    | 85    | 81   |
| CSMC SIMON BOLIVAR                |      |      |      |       | 36    | 86    | 73    | 71   |
| C.S. LAS ESMERALDAS               | 88   | 90   | 85   | 93    | 86    | 70    | 86    | 72   |
| P.S. 13 DE ENERO                  | 78   | 80   | 78   |       | 80    | 80    | 81    | 73   |
| P.S. CERRO JULI                   |      |      | 67   |       | 83    | 70    | 84    | 83   |
| P.S. FELIX NAQUIRA                | 57   | 61   | NA   | NA    | NA    | NA    | NA    | NA   |

## **ANALISIS**

Se observa que las puntuaciones anuales están en rangos no aprobatorios en la mayoría de los EESS, excepto CSLE, se evidencia mejoría aunque sea pequeña, incrementando año a año; lo que significa que se está avanzando aunque no lo esperado, se afectó aún más las actividades realizadas por la pandemia, EL CESMA el puntaje no se ajusta a los criterios estandarizados por ser un establecimiento de diferentes características, se realiza la evaluación para tener un criterio de cómo es su problemática..

## **III. BASE LEGAL:**

- ✓ Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- ✓ Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- ✓ Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización.
- ✓ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N° 27813 – Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ✓ Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- ✓ Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades.
- ✓ D.S. N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
- ✓ D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y SMA.
- ✓ Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el “Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009”.
- ✓ R.M. N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”
- ✓ Resolución Ministerial N° 069-2012/MINSA "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA Modifican NT para la Acreditación de EE.SS. y Servicios Médicos de Apoyo
- ✓ Resolución Ministerial N° 777-2007/MINSA NT para la Acreditación de EE.SS. y Servicios Médicos de Apoyo", y tres(03) Anexos

#### **IV. 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 la Micro Red 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. AMBITO Y ALCANCE:**

Las disposiciones de la presente norma técnica de salud son de aplicación, en la Micro Red.

##### **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 a la Micro Red.
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

**VI. LINEAS DE ACCION:**

**ESTABLECIMIENTOS PARA AUTOEVALUACION**

- C.S. I-3 VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA
- C.S.M.C. I-3E SIMON BOLIVAR
- C.S. I-3 LAS ESMERALDAS
- P.S. I-2 TRECE DE ENERO
- P.S. I-2 CERRO JULI

PLAN DE AUTOEVALUACION  
MICRO RED VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2026

**CRONOGRAMA DE PLAN DE AUTOEVALUACION 2026.**  
**MICRO RED DE SALUD Víctor RAUL HINOJOSA**

**OBJETIVO:** Garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médico y 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 VERIFICACION                                  | CRONOGRAMA POR MESES |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | RECURSOS | RECURSOS | RESPONSABLE           |
|----|--------------------------------------------------------|------------------|------|---------------------------------------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|----------|-----------------------|
|    |                                                        |                  |      |                                                         | E                    | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | S/.      | FF       |                       |
| 1  | PLAN OPERATIVO ANUAL DE AUTOEVALUACION Y ACREDITACION. | PLAN ELABORADO   | 1    | Plan elaborado.                                         |                      |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 2  | CONFORMACION DE EQUIPO EVALUADORES INTERNOS.           | INFORME          | 1    | Formato de equipo de evaluadores internos.              |                      |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 3  | REPORTE DE INICIO DE AUTOEVALUACION                    | OFICIO           | 1    | Oficio informando inicio autoevaluación.                |                      |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 4  | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES                              | INFORME          | 1    | Formato cronograma.                                     |                      |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 5  | CAPACITACION EN LOS GRANDES MACROPROCESOS.             | INFORME          | 1    | Informe.                                                |                      |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 6  | LISTADO DE ESTANDARES.                                 | LIBRO            | 9    | Libro de estándares de acuerdo a la categoría del EESS. |                      |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 7  | APLICACIÓN DEL LISTADO DE ESTANDARES.                  | LIBRO            | 4    | Listado con datos.                                      |                      |   |   |   |   | X |   | X |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 8  | PROCESAMIENTO DE DATOS.                                | DIGITACION       | 4    | Software.                                               |                      |   |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 9  | EVALUACION Y ANALISIS DE DATOS.                        | INFORME          | 1    | Informe donde se incluye acciones implementadas.        |                      |   |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 10 | SOCIALIZACION DE RESULTADOS.                           | INFORME/ACTA.    | 1    | Informe//Acta.                                          |                      |   |   |   |   |   |   | X |   |   |   |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 11 | ELEVAR RESULTADOS A NIVEL SUPERIOR.                    | OFICIO           | 1    | Oficio con firma de recepción.                          |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 12 | ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS.                      | INFORME          | 1    | Ver el avance del último informe encontrado.            |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |
| 13 | MONITOREO DE LA EJECUCION DEL PLAN.                    | INFORME          | 1    | Seguimiento monitoreo del avance de las auditorias.     |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |   |          | RO       | GESTION DE LA CALIDAD |

PLAN DE AUTOEVALUACION  
MICRO RED VICTOR RAUL HINOJOSA LLERENA 2026

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jefatura Micro Red Víctor Raúl Hinojosa Llerena: Dr. Carlos Osorio Gallegos.               |
| Responsable de Calidad en Salud: Psicóloga Liz Julia Valdivia Berroa                       |
| Correo electrónico: <a href="mailto:lizvaldiviab@hotmail.com">lizvaldiviab@hotmail.com</a> |
| Número Celular: 959108309                                                                  |