



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Nº 014 -2026-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.MCD.ZAM-J

Visto el Informe N° 013-2026-GESTION DE LA CALIDAD – CENTRO DE SALUD ZAMACOLA de fecha 09 de Febrero del 2026, presentado por la Responsable de Calidad en Salud de la M.R. Zamácola 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. Zamácola 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 Auditoria de la Calidad de Auditoria 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 Jefatura de la Micro Red Zamácola, **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 MR. Zamácola 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 periodo 2026 de la Micro Red Zamácola

ARTICULO 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.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN RED DE SALUD ARQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED ZAMÁCOLA

Mg. Juan R. Alarcón Arenas
● D. ORTODONTISTA
C.O.P. 6449 R.N.E 951
JEFE DE LA MICRORED

JAA/vos.
c.c. archivo

Plan de Trabajo de Autoevaluación de la MicroRed 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.**

Mediante Resolución Ministerial **N° 456-2007/ MINSA** se aprobó la **NTS N°050-MINSA/ DGSP-V02** norma técnica para la acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos 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 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 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 (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 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**

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 R.M. N° 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	$\frac{\text{N° de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%			

ANEXO N° 1-A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - 2025

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MES - Mayo
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	Juana Villegas Núñez Mg. Juan Alarcón Arenas	Mayo
- Designación de responsables por cada proceso		Mayo
- Reunión de trabajo con el equipo evaluador análisis final del listado de estándares de acreditación - Presentación del plan a jefes de servicio personal		Mayo

N°	MACROPROCESO	RESPONSABLES	FIRMA
1	DIRECCIONAMIENTO	Mg.Juan Alarcón Arenas	
2	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	Tec. Verónica Ortiz Soto	
3	GESTION DE LA CALIDAD	Lic. Juana Villegas Núñez	
4	MANEJO DE RIESGOS DE ATENCION	DR. Joel Arroyo Saenz	
5	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES		
6	CONTROL DE GESTION DE PRESTACION	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
7	ATENCION AMBULATORIA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
8	ATENCIÓN EXTRAMURAL	A.S. Ana Maria Mogrovejo	
9	ATENCION HOSPITALARIA	Dra. Madeleine Tapia	
10	ATENCION DE EMERGENCIA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
11	ATENCION QUIRURGICA	No aplica	
12	DOCENCIA E INVESTIGACION	Dr. Joel Arroyo Saenz (no aplica)	
13	APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Dr. Joel Arroyo Saenz	
14	ADMISIÓN Y ALTA	Dr. Oswaldo Oviedo Calapuja	
15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	DR. Oswaldo Oviedo Calapuja Dig .Maria Fernanda Barreda	
16	GESTION DE MEDICAMENTOS	Dra. Nereyda Figueroa Del Carpio	
17	GESTION DE INFORMACIÓN	Tec. Rosio Lizarraga Vargas	
18	DESCONTAMINACION LIMPIEZA DESINFECCION	Dra. Jaqueline Cárdenas	
19	MANEJO DE RIESGO SOCIAL	A.S. Ana Maria Mogrovejo	
20	MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	Nutric.Maribel Sahuanay (no aplica)	
21	GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	Tec. Lizeth Flores Choquehuanca	
22	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	Tec. Lizeth Flores choquehuanca	