

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR



RESOLUCIÓN GERENCIAL
N° 126 -2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

El Informe N° 120-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-DCC-CALIDAD-EPS de fecha 29 de mayo del 2023, Informe N° 53-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-OPPDI-PE de fecha 05 de junio del 2023; y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece 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 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es 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;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", teniendo como objetivo: "Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa, entre otros;

Que, en tal sentido a efectos dar cumplimiento con la norma antes descrita, la Responsable del área de Gestión de Calidad mediante Informe N° 120-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-DCC-CALIDAD-EPS de fecha 29 de mayo del 2023, remite para su revisión y aprobación el "Plan Anual de Autoevaluación 2023 del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur";

Que, mediante Informe N° 53-2023-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-OPPDI-PE de fecha 05 de junio del 2023, el Encargado de la Unidad de Planeamiento emite opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutorio;

Que, el acotado Plan tiene como objetivo general lograr el cumplimiento de los criterios de calidad en los servicios que brinda el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a través de autoevaluación, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención de los usuarios; por lo que se hace necesario emitir el respectivo acto resolutorio;



COPIA DEL ORIGINAL



De conformidad con las atribuciones establecidas mediante Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada por Ley N° 27902; en uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 057-Arequipa y contando con las visaciones correspondientes;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el Plan de Autoevaluación para la acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur 2023, el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR, la presente Resolución a las áreas respectivas, en modo y forma de ley.

ARTÍCULO 3°.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución en la página web del Instituto.

Dada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a los diez y nueve (19) días del mes de junio del año 2023.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

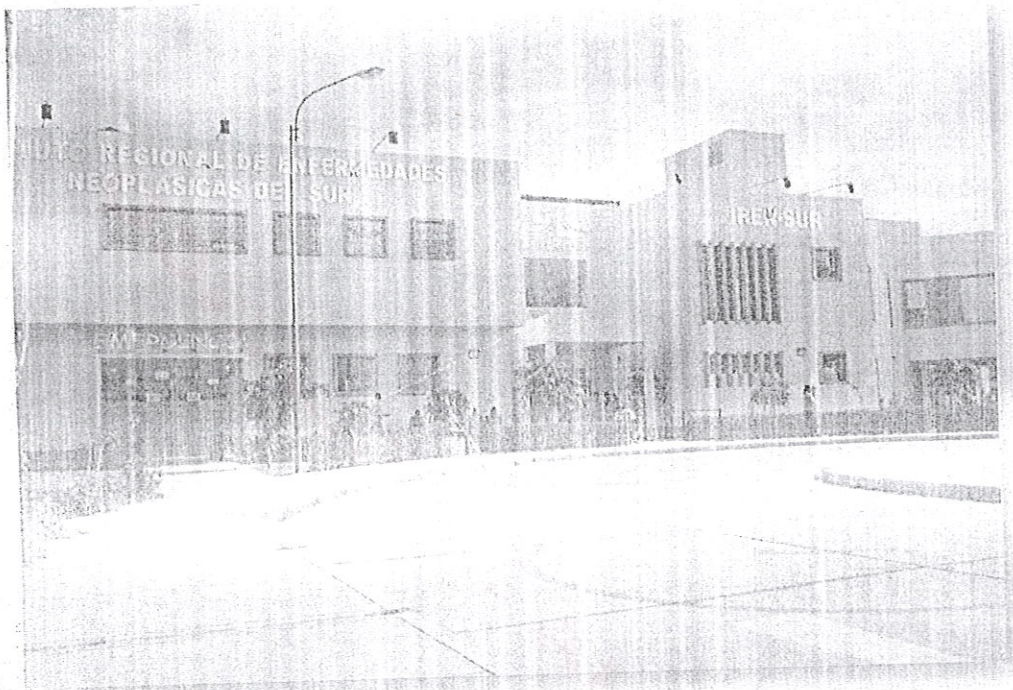


COPIA FIEL DEL ORIGINAL



INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR

Área de Educación y Promoción para la Salud y Gestión de la Calidad



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR PARA LA ACREDITACION – 2023

Arequipa – Perú
2023

HOJA EN BLANCO

INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	3
II. JUSTIFICACION	4
III. OBJETIVOS	5
3.1. Objetivo General	
3.2. Objetivos Específicos	
IV. ALCANCE	6
V. BASE LEGAL	6
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	7
VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	11
VIII. COMITÉ DE ACREDITACIÓN	12
IX. EQUIPO DE EVALUACIÓN	14
X. ANEXOS	16



HOJA EN BLANCO

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR PARA LA ACREDITACION - 2023

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de la reforma, los lineamientos de la Política de Salud actuales, señalan como retos para el quinquenio: incrementar progresivamente la equidad en la provisión de servicios de salud, la eficacia en el uso de los recursos, la productividad y una mejora sustancial en la calidad de atención, considerando al usuario como centro de las actividades del sector, con acceso a la información y ejercicio de sus derechos.

El Ministerio de Salud ha impulsado la implementación y el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en todos los establecimientos del sector, teniendo como principios básicos el derecho a la salud, como base del desarrollo humano y el derecho a una atención de calidad.

Mejorar la calidad de los servicios de salud es un proceso permanente, que requiere del compromiso de todos los agentes que intervienen en ellos, siendo solo así sostenible en el tiempo. Es por ello que, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

El Ministerio de Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los hospitales del país, comparando el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en los establecimientos de salud.

En tal sentido, se establece en la RM N°456-2007/MINSA, NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", y en la RM N°270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; que la Acreditación 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 la unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo – es decir, es una forma de evaluación del funcionamiento del establecimiento de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad, oportuna, completa, segura y con trato amable.

Así mismo se indica que el proceso de acreditación comprende dos fases, la Autoevaluación y Evaluación Externa; siendo la Autoevaluación "la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento".



Para el presente año, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur se encuentra en proceso de desarrollar su 10ma autoevaluación con miras a lograr su acreditación oficial, actividad que se encuentra programada en el Plan de Gestión de la Calidad 2023, aprobada con Resolución Gerencial N°047-2023-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G.



Por ello, y en cumplimiento de la RM N°270-2009/MINSA, se realizó la conformación del Comité de autoevaluación, Categorización y Acreditación, y del Equipo de Evaluadores Internos, aprobados con Resolución Gerencial.



En ese sentido, el equipo de evaluadores internos en coordinación con el área de Gestión de la Calidad, elaboran el presente plan como primer paso del proceso de acreditación del IREN SUR para el presente año.

II. JUSTIFICACION



La evaluación periódica del cumplimiento de estándares de Acreditación, tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de la salud y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, así como el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios del Instituto, con

la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que el IREN SUR cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad.

La autoevaluación es un proceso de carácter obligatorio, con el propósito de identificar fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar la satisfacción del usuario, en función de estándares previamente establecidos.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Lograr el cumplimiento de los criterios de calidad en los servicios que brinda el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a través de la autoevaluación, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

3.2. Objetivos Específicos

- Comprometer al Órgano de Dirección (Gerencia), Órgano de Asesoramiento (OPPDI), Órgano de Apoyo (administración) y Órganos de Línea (direcciones médicas, departamento de Enfermería), en la planificación y desarrollo del proceso de la autoevaluación del IREN SUR.
- Fortalecer las competencias de los evaluadores internos, con fines de mejora continua de la calidad.
- Promover la cultura de calidad en los Órganos y Unidades Orgánicas del IREN SUR, con el cumplimiento de estándares y criterios establecidos para la acreditación.
- Sensibilizar y motivar a todos los trabajadores al cumplimiento de los estándares para el logro de la acreditación institucional.
- Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.

- Desarrolla acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

IV. ALCANCE

El presente plan es de conocimiento y cumplimiento obligatorio en todos los órganos de Dirección, asesoramiento de apoyo y de línea, en coordinación con los jefes o responsables de las oficinas, unidades y/o servicios.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26482, Ley General de Salud
- Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas
- Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°002-2019-Sa, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud – IAFAS, instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS y unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud – UGIPRESS.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud
- Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad



- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V.02. "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA, incorpora el Anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual el instituto cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

El área de Gestión de la Calidad, tiene asignada la función de la organización de los procesos de la Acreditación, para lo cual se cumplirá con el monitoreo de los siguientes pasos:

6.1. Programación de la autoevaluación en el Plan Operativo

La fase de la autoevaluación para la Acreditación está programada en el Plan Operativo Institucional – CEPLAN 2023.

6.2. Conformación del Comité de Acreditación

Designado por la Gerencia General que determinará su conformación y aprobación con acto resolutivo.

6.3. Conformación del equipo de Evaluadores Internos

Designado por la autoridad institucional de acuerdo a los criterios de selección, y previa consulta individual, con la finalidad de tener continuidad y

satisfacción en el trabajo que le será encomendado. Los mismos que recibirán entrenamiento para la correcta aplicación del instrumento a utilizar y despliegue de técnicas para la evaluación de los criterios de evaluación.

6.4. Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación

Será remitido a la autoridad institucional, para revisión y posterior aprobación con acto resolutivo como lo indica la norma.

6.5. Comunicación del Inicio de Autoevaluación

Acción obligatoria y es comunicada de forma oficial por conducto regular a través de la autoridad institucional, a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa.

6.6. Conformación de Equipos y elaboración de Cronogramas de Reuniones

Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine; así mismo el equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de sus macroprocesos, bajo el monitoreo del área de Gestión de la Calidad.

6.7. Revisión de las diversas técnicas de recolección de datos tales como:

6.7.1. **Verificación/revisión de documentos:** permite analizar los registros e informes del instituto.

6.7.2. **Observación:** permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa las personas y el entorno.

6.7.3. **Entrevistas:** permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

6.7.4. **Encuestas:** permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos mediante observación con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.



El documento técnico a utilizar será el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2 (anexo 4), el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas, fuentes auditables y criterios de evaluación, en función de 22 macroprocesos que se realizan en todo establecimiento y que sirve como instrumento para las evaluaciones. Consta de criterios de estructura, proceso y de resultados. La presentación de los estándares se realiza a través de un mapeo de macroprocesos que se realiza en la institución.

6.8. Preparación de materiales

Culminada la revisión, el área de Gestión de la Calidad entregará a cada coordinador los requerimientos necesarios para iniciar luego el proceso de autoevaluación:

- a. listado de estándares de acreditación
- b. guía del evaluador para la acreditación
- c. formatos para la autoevaluación
- d. aplicativo para el registro de resultados
- e. material de escritorio
- f. equipo de computo

6.9. Sensibilización sobre el proceso de la autoevaluación

A cargo del Comité de Autoevaluación, Categorización y Acreditación quién realizará la sensibilización en la institución.

6.10. Difusión de la autoevaluación para la acreditación del IREN SUR

- 6.10.1. Con apoyo de la Oficina de Relaciones Publicas donde producirá Banner de propaganda sobre la Autoevaluación para la Acreditación.
- 6.10.2. Se solicitará que la Oficina de Informática ingrese en el escritorio de cada computadora de la institución la propaganda sobre la Autoevaluación e información sobre el cronograma del proceso.

6.11. Etapa de la evaluación de los macroprocesos

Esta actividad será desarrollada en un intervalo de cuatro (04) semanas por cada equipo evaluador, que coordinará con las Direcciones y Jefaturas de los servicios involucrados en los macroprocesos a evaluar, a fin de definir fechas y horas de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente por el responsable del área evaluada designado(a) por la dirección o jefatura hacia el coordinador del macroproceso.

6.12. Entrega de los resultados por cada macroproceso para el ingreso al aplicativo

Cada equipo de evaluadores elaborará un informe con sus actividades y resultados encontrados que serán entregados en los formatos establecidos para tal fin.

6.13. Elaboración del informe final de la autoevaluación

A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y el equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada macroproceso.

6.14. Calificación de la evaluación

Si en el proceso de autoevaluación se consigue una puntuación *igual o mayor a 85%*, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente, si el puntaje es *menor a 85%*, se realizará el levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora y una nueva autoevaluación en el tiempo señalado por la norma.

6.15. Socialización de resultados

Esta actividad será coordinada por el área de Gestión de la Calidad, el Comité de Autoevaluación, Categorización y Acreditación y la Gerencia a fin de definir fecha y espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.



VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	II TRIM			III TRIM			IV TRIM			2024
		A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
1. Conformación con acto resolutivo del Comité de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos	Gerencia	X									
2. Aprobación del Plan de Autoevaluación con resolución gerencial	Gerencia		X								
2. Comunicación de inicio de la Autoevaluación a la GRSA.	Gerencia			X							
3. Reunión de Apertura con Equipo de Acreditación	Gestión de la Calidad					X					
4. Difusión del proceso de Autoevaluación dirigido a todas las áreas involucradas del IREN SUR	Gerencia RRPP Informática				X	X	X				
5. Capacitación sobre autoevaluación a los evaluadores internos por la UFGC de la GRSA	Gestión de la Calidad					X					
6. Ejecución de la Autoevaluación	Equipo de evaluadores internos						X	X			
7. Procesamiento de datos	Gestión de la Calidad								X	X	
8. Informe Técnico Final de la Autoevaluación	Gestión de la Calidad Equipo de evaluadores internos										X

VIII. COMITÉ DE ACREDITACIÓN

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR



RESOLUCIÓN GERENCIAL

N° 136 -2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

El Informe N° 398-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-DCC, de fecha 20 de junio de 2022; el Informe N° 147-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-DCC-CALIDAD-EPB, de fecha 20 de junio de 2022; y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 28842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-20-0-04, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, definiendo en su artículo 2°, el término acreditación como el procedimiento de evaluación a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud; asimismo, define a la categorización como aquel proceso que conduce a homogenizar y clasificar los diferentes establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/OGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos prevén sus fortalezas, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identifican uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Que, mediante Informe N° 147-2022-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-DCC-CALIDAD-EPS, la Responsable de Gestión de la Calidad presenta ante el Departamento de Control del Cáncer, la propuesta de conformación del Comité de Autoevaluación Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023;

Que, mediante Informe N° 338-2022-GRA/GRS/GR-IREN-SUR-DCC, la Coordinadora del Departamento de Control del Cáncer, solicita la conformación, mediante acto resolutivo, del Comité de Autoevaluación Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023;

De conformidad con lo establecido por la Ley N° 26342, Ley General de Salud; el Decreto Supremo N° 013-2000-SA; la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA; la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA; en uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 057-Arequipa; y contando con las respectivas visas oases;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- CONFORMAR el Comité de Autoevaluación Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023, que estará conformado de la siguiente manera:

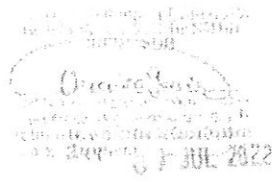
- PRESIDENTE : GERENTE DEL IRENSUR
- SECRETARIA : RESPONSABLE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
- MIEMBRO : COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
- MIEMBRO : COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
- MIEMBRO : COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- MIEMBRO : COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DEL CÁNCER
- MIEMBRO : DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
- MIEMBRO : DIRECCIÓN DE PLANEAMIENTO PRESUPUESTO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

ARTÍCULO 2º.- NOTIFICAR la presente Resolución a los integrantes del citado Comité para su conocimiento y fines, en modo y forma de Ley.

ARTÍCULO 3º.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la página web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Dada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a los Diez (07) días del mes de Julio del año 2022.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



IX. EQUIPO DE EVALUACIÓN

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR



RESOLUCIÓN GERENCIAL

N° 422 -2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

El Informe N° 270-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC, de fecha 11 de mayo de 2022; el informe N° 109-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC-CALIDAD-EPS, de fecha 10 de mayo de 2022; y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 450-2007/MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo", estipulando que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar el nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento y conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Que, mediante Informe N° 109-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC-CALIDAD-EPS, la Responsable del Área de Gestión de la Calidad presenta ante el Departamento de Control del Cáncer la relación de evaluadores internos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur para el periodo 2022-2023, para su oficialización mediante Resolución Gerencial;

Que, mediante Informe N° 270-2022-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G-DCC, la Coordinadora del Departamento de Control del Cáncer solicita la oficialización mediante acto resolutorio del Equipo de Evaluadores Internos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur para el periodo 2022-2023;

Contando con el visto del Departamento de Control del Cáncer, del Área de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Legal del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur;

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

De conformidad con lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA; la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA; y en uso de las atribuciones conferidas mediante Ordenanza Regional N° 017-Arequipa.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR el Equipo de Evaluadores Internos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2022-2023, integrado por los siguientes profesionales:

- MC. SHIRLEY CLAUDIA BARRIOS ORANDO
- MC. RUTH SAAZARALDE
- BLO. ALEXANDER LUIS MARTÍNEZ RODRÍGUEZ
- LIC. PABLO GONZÁLES VALENZUELA
- LIC. ALVARO ALDO FORNELL LIMA
- ING. BEISABÉ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
- OBST. MARIELLA AYMÉ LUNA QUENAYA
- Q.F. LICETH CABRERA RIVEROS DE CONCHA
- Q.F. NERIDA SUCASACA ANAMURO
- PSIC. SILVANA GERTRUDIS ROSADO CHÁVEZ
- T.EC. ADMINIST. ROGER KEVIN QUISPE BERNALDES
- T.EC. ADMINIST. YARINA VIVÉS TICONA MAMANI
- T.EC. ADMINIST. FLORENTINA AMANÍ CHOQUEHUANCASONGO
- OBST. BEISY CAROL CABRERA PERALTA
- T.EC. ADMINIST. ANA ESTHER OJEDA HUANCOCO
- T.EC. ADMINIST. NOYRENE DIANA ÁLVAREZ FLORES DE TERRAZAS
- NUT. GIAN CARLO JOSÉ CASAS AGUILO
- SECRET. YARELI GONZÁLEZ VERA SHAREY
- OBST. ROSA ELENA PORTILLO RIVERA

ARTÍCULO 2°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Dada en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur a los Veintidós (22) días del mes de junio del año 2022.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



Carolina Jara
22 JUN 2022

X. ANEXOS

10.1. MACROPROCESOS Y ÁREAS INVOLUCRADAS

N°	MACROPROCESO	ÁREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN
1	Direccionamiento	OPPDI-Epidemiología- Estadística-Comité de Guías de Práctica Clínica y de Gestión de la Calidad
2	Gestión de Recursos Humanos	Oficina de Recursos Humanos- Epidemiología
3	Gestión de Calidad	Epidemiología- Oficina de Recursos Humanos (2-8,2-9)Comité de Guías de Práctica Clínica- departamentos de control de Cáncer, Apoyo al Diagnóstico, Medicina y Cirugía
4	Manejo del Riesgo de Atención	Epidemiología- Estadística- Responsable de Banco de sangre- Departamento de Enfermería- Salud Ocupacional- Administración- Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo-Comité de Historias Clínicas
5	Gestión Seguridad ante Desastres	Epidemiología- Administración- Farmacia- Departamento de Medicina (3-2)
6	Control de la Gestión y Prestación	Gerencia- Comité de Control Interno- OPPDI- Responsable de Emergencia- CAM- Direcciones Médicas- Oficina de RRHH (capacitación)- Gestión de la Calidad (2-5)- Estadística (2-9)
7	Atención Ambulatoria	Consultorios externos- DCC (1-4)- Informática (1-4)- CAM
8	Atención de Hospitalización	Epidemiología- Gerencia- Comité de guías de Práctica clínica- CAM- Comité de IIAS- Calidad
9	Atención de Emergencia	Servicio de emergencia- Administración- Calidad
10	Atención Quirúrgica	Centro quirúrgico- Epidemiología- Comité IIAS- Calidad- Asesoría Legal- Estadística
11	Investigación	Responsable de investigación-
12	Docencia	Responsable de Docencia- Direcciones Médicas
13	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Departamento de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
14	Admisión y Alta	Estadística- Informática- Calidad
15	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Unidad Funcional de Referencias y Contrareferencias
16	Gestión de Medicamentos	Farmacia
17	Gestión de la Información	Oficina de Informática- Calidad
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Central de Esterilización- Departamento de Enfermería- Epidemiología- Salud Ocupacional
19	Manejo del Riesgo Social	Oficina de Servicio Social- Comité de Tarifas
20	Nutrición y Dietética	Servicio de Nutrición
21	Gestión de Insumos y Materiales	Oficina de Logística- Almacén Central
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	Oficina de Mantenimiento y Servicios- Administración

Departamento de Control del Cáncer – Área de Educación y Promoción para la Salud y Gestión de la Calidad

10.2. HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud :

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha : _____

Servicios evaluados :

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios



Gobierno Regional de Arequipa
 Cerencio - Arequipa
 Folio N° 20
 FEDATARIO

Certifico que el presente documento es copia fiel del Original de lo que doy Fe
 Fedatario Lic. Rogger Kevin Quispe Berdiales
 Reg N° 826 Fecha 20/06/2023