

Arequipa, 15 de julio 2024

OFICIO N° 549-2024-GRA/GRS/GR-IREN-SUR/G

Señor

DR. ABRAHAM RODRIGUEZ RIVAS
GERENTE REGIONAL DE SALUD.
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA.

Dirección: Vía de la Salud S/N – Arequipa.
Teléfonos de Contacto: 054 – 235185, 247659.
Presente. -

ATENCION : SALUD DE LAS PERSONAS.

ASUNTO : REMITO "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL IREN SUR PARA LA ACREDITACIÓN 2024"

Estimado Doctor,

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresar mi atento saludo. Y por intermedio del presente adjuntar el "Plan de Autoevaluación del IREN SUR, para la Acreditación 2024", en cumplimiento de los criterios de programación del área de Gestión de la Calidad.

Agradecido por su atención, quedo pendiente en caso precise mayores alcances.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN SUR

MG. JULIO ADOLPH SUAREZ CUEVA

GERENTE
D.M.P. 2014 N° 13658



Ingresado en SGD - Nro: 7176504
Fecha: 2024-07-15
Firmado: JULIO ADOLPH SUAREZ CUEVA
Cargo: Jefe de oficina
IREN SUR - GERENCIA

Reg. Doc.: 7176504
Reg. Exp.: 4430839

JANUARIO DEL 2024

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

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



RESOLUCIÓN GERENCIAL

N° 174 -2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

Visto el Informe N° 173-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-OPPD de fecha 05 de julio del 2024, Informe N° 082-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-OPPD-PE de fecha 05 de julio del 2024; del responsable de Planeamiento y Desarrollo Institucional, y demás antecedentes;

CONSIDERANDO:

Que, en el numeral VI del Título Preliminar de la ley N°26842, Ley General de Salud, señala que la protección de la salud es de interés público, y por tanto, 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, en la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que tiene la finalidad de 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,

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación del Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de apoyo, teniendo como objetivo." Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y 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° 173-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-DCC-CALIDAD-EPS de fecha 28 de junio del 2024, remite para su revisión y aprobación el "Plan Anual de Autoevaluación 2024-2025 del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur";

Que, mediante Informe N°82-GRA/GRS/GR-IRENSUR/G-OPPD-PE de fecha 05 de julio del 2024, 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 FIEL 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 2024, 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 Quince (15) días del mes de Julio del año 2024.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN-SUR
MG. JULIO ADOLPH SUAREZ CUEVA
GERENTE
C.M.P. 29348 R.N.F. 13658

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR

Veronica Garcia
Certifico que el presente documento es
copia fiel del Original de lo que doy Fe
Fedatario Lic. Veronica Claudia Garcia Dianderas
Reg N° 845. Fecha 15 JUL. 2024

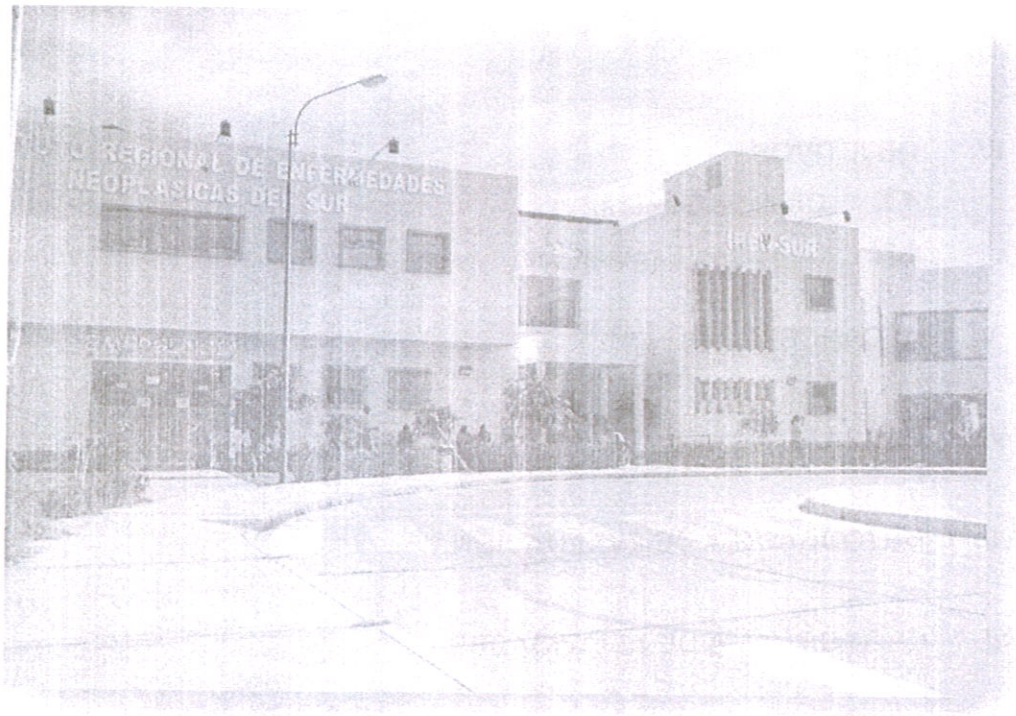
COPIA FIEL DEL ORIGINAL

0016



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 – 2024

Arequipa – Perú
2024



INDICE

PAGINA



I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	JUSTIFICACION	4
III.	FINALIDAD	5
IV.	OBJETIVOS	5
	4.1. Objetivo General	
	4.2. Objetivos Específicos	
V.	ALCANCE	6
VI.	BASE LEGAL	6
VII.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	7
VIII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	11
IX.	COMITÉ DE ACREDITACIÓN	12
X.	EQUIPO DE EVALUACIÓN	13
XI.	ANEXOS	14



**PLAN DE AUTOEVALUACION DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS DEL SUR PARA LA ACREDITACION – 2024****1. INTRODUCCIÓN**

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a calidad.

El sistema de Gestión de la Calidad, identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es un conjunto de características técnicas – científicos, humana y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios, para satisfacer sus expectativas en torno a ella; en tal sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

En la actualidad, el garantizar una atención de calidad a los usuarios se va constituyendo en uno de los pilares principales de la prestación de servicios, siendo la acreditación un proceso fundamental de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención que está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. Su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuenten con recursos y la capacidad de optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.

En ese contexto, mejorar la calidad de un servicio no es una acción del momento, es un proceso permanente que requiere el compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo, en ese sentido el



COPIA FIEL DEL ORIGINAL



presente Plan de Autoevaluación en el Marco de la Acreditación, intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por un equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua de la calidad de servicios. Las actividades previstas en el Plan de Autoevaluación, han sido programadas con el propósito, en primer término de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios y en segundo término fortalecer los procesos actuales.

Finalmente, los aspectos registrados y valorados serán informados a la máxima autoridad institucional y socializados con los miembros de los evaluadores internos para promover la toma de decisiones más adecuados.

Para el presente año, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur se encuentra en proceso de desarrollar la 11ava autoevaluación con miras a lograr su acreditación oficial, actividad que se encuentra programada en el Plan Multianual de Gestión de la Calidad en Salud 2024 – 2025, aprobada con Resolución Gerencial N°039-2024-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.

2. JUSTIFICACION

El presente Plan de Evaluación Interna del IREN SUR en el marco de la Acreditación, establece un cronograma de actividades a desarrollar por la cual la participación de los evaluadores internos será fundamental, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para recomendar mejoras y toma de decisiones que permita traducir en proyectos de mejora continua de la calidad de los servicios que brinda.



COPIA FIEL DEL ORIGINAL



3. FINALIDAD

El IREN SUR brinda servicios de atención oncológica que incluye la detección temprana, diagnóstico, estadía, tratamiento y terapia del dolor, con recursos humanos especializados y tecnología de última generación al servicio de la población, encaminados a una atención de mejor calidad; eficaz, oportuna, segura y buen trato al usuario.

En ese contexto, el IREN SUR viene realizando la autoevaluación que en el 2023 tuvo como resultado 53.72%. Por lo que el presente año se ha rediseñado estrategias que permitan mejorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento a los estándares de calidad establecidas para los establecimientos de salud de nivel III-2; todo con la finalidad de mejorar la atención del usuario, mejorar nuestros procesos y obtener servicios de salud de calidad con un enfoque humano y social.

4. OBJETIVOS

4.1. 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.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. 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.

4.2.2. Fortalecer las competencias de los evaluadores internos, con fines de mejora continua de la calidad.

4.2.3. Sensibilizar y motivar a todos los trabajadores al cumplimiento de los estándares para el logro de la acreditación institucional.

4.2.4. Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.

4.2.5. Determinar las áreas susceptibles de mejora como parte de la mejora continua.



- 4.2.6. Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

5. 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.

6. BASE LEGAL

6.1. Ley N°26482, Ley General de Salud

6.2. Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud

6.3. Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

6.4. Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas

6.5. Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

6.6. Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

6.7. 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.

6.8. 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.

6.9. Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.10. 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".



6.11. Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA, incorpora el Anexo 4: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.

6.12. 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.

6.13. Resolución Gerencial N°049-2024/IREN SUR, que aprueba la conformación del Comité de Autoevaluación, Categorización y Acreditación para el periodo 2024-2025.

6.14. Resolución Gerencial N°066-2024/IREN SUR, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos, para el periodo 2024-2025.

7. 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:

7.1. Programación de la autoevaluación en el Plan Operativo Institucional

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

7.2. Conformación del Comité de Acreditación

La Gerencia determinó la conformación y aprobación del Comité de Autoevaluación, Categorización y Acreditación aprobado con RG N°049-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G, para el periodo 2023 – 2024.

7.3. Conformación del equipo de Evaluadores Internos

Designado por la autoridad institucional de acuerdo a los criterios de selección, y previa consulta individual, se conformó el Equipo de



Evaluadores Internos, aprobado con RG N°066-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G, para el periodo 2023 – 2024.

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.

7.4. Revisión de instrumentos de recolección de información

Esta actividad se realizará por cada macroproceso, revisando las fuentes auditable y el avance de la implementación de las recomendaciones dadas el 2023.

7.5. 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.

7.6. 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.

7.7. Reunión de apertura

Desarrollo de una reunión con el Comité de Acreditación, jefes y responsables de cada macroproceso donde se socializa la fase de autoevaluación, se establece la fecha de inicio de la evaluación y se ratifica los compromisos de participación de cada una de las áreas a través de los responsables directos de los macroprocesos.

7.8. 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.

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

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



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

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

7.9.4. 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 auditable 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.

7.10. Preparación de materiales

Culminada la revisión, el área de Gestión de la Calidad entregará a cada equipo los materiales necesarios para iniciar el proceso de autoevaluación:

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

7.11. Sensibilización sobre el proceso de la autoevaluación

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

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

7.12.1. Con apoyo de la Oficina de Relaciones Publicas donde diseñarán el flyer de la Autoevaluación para la Acreditación.



7.12.2. Se solicitará que la Oficina de Informática ingrese en el escritorio de cada computadora de la institución difundiendo el flyer de promoción sobre la Autoevaluación e información sobre el cronograma del proceso.

7.13. Etapa de la evaluación de los macroprocesos

Esta actividad será desarrollada en un intervalo de cuatro (04) semanas por cada equipo evaluador, que coordinarán 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.

7.14. 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.

7.15. Reunión de cierre

Reunión programada con el Comité de Autoevaluación, Categorización y Acreditación, y responsables del proceso de cada área involucrados en los macroprocesos, a fin de realizar un análisis preliminar de resultados y, retroalimentación sobre el cumplimiento de los criterios de evaluación.

7.16. Elaboración del informe final de la autoevaluación

Etapa de análisis de los resultados obtenidos en cada macroprocesos a cargo del evaluador líder del área de Gestión de la Calidad, coordinadores de los equipos de evaluadores internos y el Comité de Acreditación.

7.17. 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.



COPIA FIEL DEL ORIGINAL



7.18. 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 60 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	II TRIM			III TRIM			IV TRIM		
		A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. Conformación del Comité de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos con acto resolutivo	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 y responsables de macroprocesos	Gestión de la Calidad					X				
4. Reunión para Difusión del proceso de Autoevaluación con responsables de macroprocesos	Gerencia RRPP Informática			X	X					
5. Capacitación sobre la 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



COPIA FIEL DEL ORIGINAL

9. COMITÉ DE ACREDITACIÓN



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



RESOLUCIÓN CERENCIAL
N° 013-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-G

VISTO:

El Informe N° 0019-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-GCC, de fecha 11 de enero de 2024, el Informe N° 007-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-GCC/DCC/MDI-EPS, de fecha 11 de enero de 2024, y demás antecedentes.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales i y ii del Título Preliminar de la Ley N° 26842, 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 promoción de la salud es de interés público, tanto es responsabilidad del Estado regular, regional y provincial;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2008-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, delimitando 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 calidad, salud y características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 396-2007/MINSA, se aprobó la NIS N° 260-MINSA/DS/PM/07 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", estableciendo que la acreditación es la fase final del proceso de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con equipo institucional de evaluadores, nombrados previamente formados, hacen uso del estado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma técnica, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá realizar, es que los evaluadores internos, nominados en 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, con la guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados de sector.

Que, mediante Informe N° 007-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-GCC/DCC/MDI-EPS, la Presidencia del Comité de la DCC, presenta ante el Representante 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 2024-2028.

Que, mediante Informe N° 007-2024-GRA/GRS/GR-IRENSUR-GCC, la Coordinadora del Departamento de Control del Cáncer, solicita la información, mediante una resolución de Control de Autoevaluación, Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2024-2028.

De conformidad con lo establecido por la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2008-SA, la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, en uso de las atribuciones conferidas mediante la Ordenanza Regional N° 001-2019-OR, y de acuerdo con las respectivas resoluciones;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR el Comité de Autoevaluación, Categorización y Acreditación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, para el periodo 2024-2028, con la siguiente conformación de la siguiente manera:

PRESIDENTE	: Gerente de Iren Sur
SECRETARIO	: Coordinadora de Gestión de Calidad
MIEMBRO	: Responsable del Departamento de Oncología
MIEMBRO	: Responsable del Departamento de Medicina
MIEMBRO	: Responsable del Departamento de Apoyo al Diagnóstico
MIEMBRO	: Responsable del Departamento de Gestión de Cáncer
MIEMBRO	: Responsable de Radioterapia
MIEMBRO	: Directora del Departamento de Enfermería
MIEMBRO	: Director de Prevención, Promoción y Desarrollo Institucional
MIEMBRO	: Líder de la Oficina de Administración

ARTÍCULO 2°.- NOTIFICAR la presente Resolución a los integrantes del Comité para su conocimiento y firma, en su forma de Ley.

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

En la ciudad de Arequipa, a los 11 días del mes de enero de 2024.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

Carolina Jara
11 de enero de 2024

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

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN SUR
Planificación

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN SUR
DCC
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN SUR
DCC
EPS
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Gobierno Regional de Arequipa
 Gerencia de Planeación y Desarrollo Urbano
 Folio N° 13
 FEDATARIO

VISTO:

Edição nº 007/2024-GRM/GRM-REN-STJG-DI-0, de fecha 23 de febrero de 2024, e 1ª forma nº 004/2024-GRM/GRM-REN-STJG-DI-000 CA/ICAD EPS, de fecha 23 de febrero de 2024, y demás anteriores.

CONSIDER AND DISCUSS:

Que la integral VI del artículo 14 de la Ley N. 11642, Ley General de Salud, establece la responsabilidad del Estado promotor las condiciones que garantizan una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos técnicamente aceptables de seguridad, equidad y calidad.

12. *Unidad de Investigación y Promoción de la Democracia*, del Poder Judicial de la Federación, "El Poder Judicial de la Federación y la Democracia", *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 1, 2007, pp. 1-10.

Los métodos *Handbook Methods in Zoonotic Medicine*, se encuentra en *Guía 7.1.1*, del *Manual de la Asociación de Laboratorios de Salud y Seguridad Médicos de Apoyo*, en el *Manual de Estándares de Acreditación para el Laboratorio de Salud y Seguridad Médicos de Apoyo*, y en *Guía de Referencia Nacional de Acreditación en los Estados Unidos de Salud Pública y Seguridad del Ambiente*.

Cue, extendido a la República por el Responsable de Gestión de la Ciudad y el suscrito por el Coordinador del Departamento de Control de Calidad del Centro del Instituto Regional de Informaciones Neofísicas del Sur.

On autoriza să se facă lucrările esențiale necesare în anul 2001, în legătură cu Guvernul Regional, însoțite de proiecte de acte de legislație în domeniul activității conferențelor medicale Ordinele Regionale de Sănătate, în conformitate cu legislația în vigoare în acest domeniu.

3.2. RESULTS

ARTICULO 11. CONFORMAR el Equipo de Evaluación Interna del Instituto Regional de Entrenamiento Deportivo en Guayaquil para el periodo 2024-2025, el cual estará integrado por:

[illegible][illegible]

ARTÍCULO 2º.- NOTIFICAR a la Academia Superior del Equipo de Evaluación Clínica del Instituto Regio y de Enfermía de las Monjas de San Desiderio en el artículo 11 de la presente Resolución para su conocimiento y cumplimiento.

ARTÍCULO 3.º DISPONER: En el momento de la presentación de la solicitud en la página web del Instituto.

Dado en el lugar y fecha siguientes: _____, a favor de los señores _____, de la ciudad de _____, a los efectos de que el presente documento sirva de base para la venta de la finca.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

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

11. ANEXOS

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



11.1. MACROPROCESOS Y ÁREAS REFERENCIALES 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- CAM, CAS- PAUS- (Departamentos de Control de Cáncer, Apoyo al Diagnóstico, Medicina y Cirugía para la elaboración de indicadores trazadores)- Comité Farmacoterapéutico- Dpto. de Enfermería, Comité de Investigación
4	Manejo del Riesgo de Atención	Epidemiología- Gestión de la Calidad- Estadística- Registro de Cáncer- 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	EMED- 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 (2-2, 2-9) Comité de Guías de Práctica Clínica
7	Atención Ambulatoria	Consultorios externos- DCC (1-4)- Informática (1-4)- CAM, Oficina de Relaciones Públicas, Comité de Guías de Práctica Clínica, PAUS.
8	Atención de Hospitalización	Servicio de Hospitalización- Epidemiología- Estadística- 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
13	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Departamento de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, servicio de Imagenología, Laboratorio y Banco de Sangre
14	Admisión y Alta	Admisión- Estadística- Informática- Servicio de Hospitalización
15	Tecnología para la Continuidad de la Atención	Unidad Funcional de Referencias y Contrarreferencias
16	Gestión de Medicamentos	Farmacia
17	Gestión de la Información	Oficina de Informática- Estadística
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Central de Esterilización- Departamento de Enfermería- Epidemiología
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- OPPDI (área de Proyectos de Inversión)



11.2. HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA LA AUTOEVALUACION



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
Gerencia Regional de Salud
Folio N° 15
FEDATARIO



Veronica Grais

 Certifico que el presente documento es
 copia fiel del Original de lo que doy Fe
 Fedatario Lic. Veronica Claudia Garcia Dianderas
 Reg. N° 045 Fecha *****

15 JUL. 2024

