

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD



RESOLUCIÓN GERENCIAL REGIONAL DE SALUD  
N° 232 2024- GRA/GRS/GR-DESP

VISTO

El expediente que contiene el documento N° 5868832 y el informe final de categorización N° 01-2024-CTC, sobre el registro y clasificación del servicio médico de apoyo denominado AMBULANCIA DEL POLICLINICO ARES, y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 37° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que los establecimientos de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, quedando sujetos a la evaluación y control periódico y a las autoridades respectivas;

Que, el artículo 38 del mismo cuerpo normativo "Los establecimientos de salud y servicios a que se refiere el presente Capítulo, quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de nivel nacional. La Autoridad de Salud de nivel nacional dicta las normas de evaluación y control y de auditoría correspondientes".

Que, según la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales establece en su artículo 49°, las funciones en materia de salud, inciso h) Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados;

Que, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece las condiciones, requisitos para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 7° del mencionado Reglamento dentro de los treinta (30) días calendario de iniciada sus actividades, el propietario del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, conjuntamente con quien ejercerá la responsabilidad técnica del mismo, debe presentar a la Gerencia Regional de Salud, una comunicación con carácter de declaración jurada garantizando la calidad y seguridad de los servicios que brinda;

Que, asimismo, el artículo 8° del Reglamento en mención establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, luego de haber presentado la comunicación mencionada en el considerando precedente, tendrá un plazo de noventa (90) días calendario para solicitar a la Dirección Regional de Salud correspondiente su Categorización.

Los procedimientos y requisitos para la categorización se sujetan a lo dispuesto en la norma técnica sobre categorías que aprueba el Ministerio de Salud;

Que, en ese orden de ideas, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben someterse a procesos de categorización y recategorización de acuerdo a normas Técnico sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud, conforme a lo previsto en el Artículo 100° del Reglamento antes mencionado;

Que, en tal sentido por Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", cuyo numeral 6.1.1 establece que la categoría de un establecimiento de salud está basada en la existencia de determinadas Unidades Productoras de Servicios de Salud consideradas como mínimas y en el cumplimiento obligatorio de actividades de atención directa y de soporte;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, se aprobó la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, que establece procedimientos para el desarrollo del proceso de categorización de los establecimientos de salud delegando en la Dirección Regional de Salud o su equivalencia la formalización de las categorías a través de una Resolución Gerencial;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 973-2006/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 051-MINSA/OGDN-V0.01 "NTS para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre", que en el Numeral 5.3 clasifica a las ambulancias por el equipamiento y tipo de atención que prestan;



Que de conformidad con el Artículo 5 del Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadora de Servicios de Salud, aprobado por Resolución de Superintendencia N° 004-2021-SUSALUD/S, señala: "Para brindar servicios de salud, las IPRESS deben encontrarse registradas con su Código Único de IPRESS en el RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud. El RENIPRESS es el registro administrativo a cargo de SUSALUD que sistematiza la información de todas las IPRESS públicas, privadas y mixtas a nivel nacional, autorizadas para brindar servicios de salud según su nivel resolutivo. Asimismo brinda soporte a los procedimientos vinculados al registro de las IPRESS de acuerdo a la normativa vigente".

Que Mediante Resolución Gerencial Regional de Salud N° 897-2023-GRA/GRS/GR-OERRHH, se reconforma el Comité Técnico de Categorización de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, para el periodo Fiscal 2023.

Que de acuerdo a lo informado por el comité técnico de categorización de la Gerencia Regional de Salud, que el servicio médico de apoyo AMBULANCIA DEL POLICLINICO ARES, ha concluido el proceso de Categorización/Clasificación y se le debe clasificar, según el Informe Final N° 01-2024-CTC, de fecha 10 de Abril del 2024.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.** - Clasificar a la IPRESS con nombre **AMBULANCIA DEL POLICLINICO ARES**, como **Servicio Médico de Apoyo: Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre, Tipo II**, cuya razón social es **COMPAÑIA MINERA ARES S.A.C.**, ubicado en Camino Afirmado Carretera Caylloma Orcopampa S/n, Distrito Orcopampa, Provincia Castilla y Departamento de Arequipa, con Código Único de IPRESS N° **00034713**.

**ARTÍCULO 2°.** - El Servicio Médico de Apoyo señalado en el Artículo 1° de la presente Resolución cuenta con la Unidad Productora de Servicios de Salud en Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre y Actividades señalados en el Anexo que forma parte de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3°.** - La Clasificación asignada tendrá una vigencia de dos (02) años, contados de la fecha de emisión de la presente Resolución. En caso varié su complejidad el responsable técnico del servicio médico de apoyo debe comunicar dentro del plazo máximo de treinta (30) días calendario de ocurrido el hecho y solicitar nueva Categorización/Clasificación.

**ARTÍCULO 4°.** - La presente Resolución quedará sin efecto, si se contraviene lo señalado en el artículo precedente, se produce cambio de razón social o si se varía la ubicación del establecimiento de salud.

**ARTÍCULO 5°.** - Disponer que la Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud Arequipa, notifique al responsable técnico del Servicio Médico de Apoyo y a la Oficina de Servicios de Salud sobre este acto resolutivo.

Dada en la sede de la Gerencia Regional de Salud Arequipa a los DIECISEIS ..... ( 16 ) días del mes de M A Y O ..... del año 2024.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MED. ABRAHAM RODRIGUEZ RIVAS  
GERENTE REGIONAL DE SALUD  
C.M.P. 45719 - R.N.E 46139

ANEXO

**NOMBRE:** AMBULANCIA DEL POLICLINICO ARES

Razón Social: COMPAÑÍA MINERA ARES S.A.C.

Código Único de IPRESS: 00034713

Clasificación: Servicio Médico de Apoyo Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre. Tipo II.

Servicio Médico de Apoyo: TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTES POR VÍA TERRESTRE, TIPO II	
CAPACIDAD RESOLUTIVA EUE-451	<ul style="list-style-type: none"><li>- Transporte Asistido de pacientes en estado crítico</li><li>- Cuenta con Capacidad de Asistencia médica.</li><li>- Traslado y atención básica de salud de pacientes de bajo riesgo</li></ul>
ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIRECTA Y DE SOPORTE OBLIGATORIAS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Registro de la Atención de Salud e Información</li><li>- Salud Ambiental</li></ul>
ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DIRECTA Y DE SOPORTE ADICIONALES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ninguna.</li></ul>

