



HOSPITAL CHULUCANAS

## Resolución Directoral

Chulucanas, 27 de noviembre del 2020



**VISTO:** El Memorando N°600-2020-GRP-430020-13201, de fecha 27 de noviembre del 2020, mediante el cual el Director del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, solicita la Proyección de la Resolución para la aprobación del PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2020 DEL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, y;

**D. BERRÚ** **CONSIDERANDO:**

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de la Salud, establece en el artículo II del Título Preliminar, que: "La protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; por consiguiente, en el numeral VI, se indica que "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera que sea la persona o institución que los provea, seguidamente, 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"; siguiendo este hilo conductor, es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública, finalmente el Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;



**G. CEREZO** Que, a través de la Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna las bases conceptuales, visión, misión, políticas, principios, objetivos, estrategias, que permite orientar los esfuerzos para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y establece como uno de sus componentes, la garantía y el mejoramiento de la calidad, siendo unos de sus principales procesos la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.



Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que: "Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda";

Que, la norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96°, dispone que: "A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios;

Que, en el Documento NTS N°50-MINSA/DGSP.02. "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se indica 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 y en la primera Disposición General se señala que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "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 su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;



**GLENN G. GARCIA G.**



HOSPITAL CHULUCANAS

## Resolución Directoral

Chulucanas, 27 de noviembre del 2020



O. BERRÚ V

Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, de fecha 20 de julio del 2007, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;



O. CEREZO A

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", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, a través de la Resolución Directoral N°172-2020/GOB.REG.PIURA-430020-13201, de fecha 13 de noviembre del 2020, se conforma con eficacia anticipada al 01 de octubre del 2020 el Equipo de Evaluadores Internos del E.S II-1 Hospital Chulucanas, correspondiente al periodo 2020, para que realicen sus funciones con sujeción a la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, en la Carta N°033-2020-UGC, presentada por la Unidad de Gestión de la Calidad, señala que a fin de dar cumplimiento a indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en el E.S II-1 Hospital Chulucanas, se solicita la Aprobación y Resolución de aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020 del E.S. II-1 Hospital Chulucanas;

Que, de acuerdo a la propuesta realizada por la Unidad de Gestión de la Calidad, el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2020 del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, tiene como finalidad "Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el E.S II-1 Hospital Chulucanas cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales definidos en la NTS N°50-MINSA/DGSP.02. "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" del Ministerio de Salud;

Que, asimismo, el Plan mencionado, en el párrafo precedente, tiene como objetivo general "Lograr la calificación para la acreditación mediante el proceso de autoevaluación, teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1, establecidos por el Ministerio de Salud;

Que, en atención a lo solicitado con el documento del visto y a fin de seguir cumpliendo con las actividades programadas en el E.S.II-1 Hospital Chulucanas, en virtud a las normas vigentes respectivas, se procede a proyectar la presente Resolución Directoral en la cual, se dispone APROBAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2020 DEL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, para de esta manera dar cumplimiento a los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios de este establecimiento;

Que, mediante Decreto Legislativo 1161, que a través de su única Disposición complementaria derogatoria, deroga la Ley 27657 Ley del Ministerio de salud, D.Leg N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento aprobado mediante D.S N° 005-90-PCM, Decreto de Urgencia N°014-2019, que aprueba el presupuesto del sector público para el año fiscal 2020; NTS N°50-MINSA/DGSP.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada con Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, Resolución



GLENN G. GARCIA G.

PENAP.  
MINISTERIO DE SALUD  
EQUIPO DE PERSONAL



HOSPITAL CHULUCANAS

# Resolución Directoral

Chulucanas, 27 de noviembre del 2020



Ministerial N°596-2007/MINSA que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", 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", Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;



Estando a lo solicitado por la Dirección, con la visación de la Unidad de Administración, Unidad de Gestión de la Calidad, Asesoría Legal, Equipo de Personal, la visación y aprobación del despacho de Dirección del E.S.II-1 Hospital Chulucanas, y

**G. CEREZO A.**

En uso de las atribuciones conferidas mediante en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Chulucanas, aprobado con Ordenanza Regional N° 330-2015/ GRP.CR, y la Resolución Ejecutiva Regional N° 264-2020/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GP de fecha 27 de abril del 2020, en la cual se Encarga el Puesto de DIRECTOR del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas; en el cargo estructural de Director de Hospital I, de Conformidad con la Ordenanza Regional 429-2018/GRP-CR, Publicada en el Diario Oficial "El Peruano", con fecha 02 de noviembre del 2018, Cargo Considerado de Confianza en el Gobierno Regional Piura,

**SE RESUELVE:**



**R. UBILLUS S.**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR**, a partir de la fecha, el PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2020 DEL E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS, conformado por dieciséis (16 folios) y cuyo texto forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2°.- DISPONER**, al Equipo de Evaluadores Internos del E.S II-1 Hospital Chulucanas, de cumplimiento al Presente Plan de Autoevaluación, realizando la difusión a todas las unidades orgánicas involucradas en ejecución del mismo.

**ARTÍCULO 3°.- Hágase de conocimiento** a la Dirección Regional de Salud de Piura, Unidad de Administración, Dirección, áreas internas del E.S. II- Hospital Chulucanas, Unidad de Estadística e Informática publicar la presente Resolución en el Portal Web Institucional del E.S.II-1 Hospital Chulucanas.

**Regístrese, Comuníquese y Ejecútese.**



GLENN G. GARCIA G.



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS  
*Oscar A. Berrú Vargas*  
Or. Oscar A. Berrú Vargas  
CMP 32188  
DIRECTOR



PERÚ

Ministerio  
de Salud

E. S. II-1 HOSPITAL DE CHULUCANAS

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS.

AÑO 2020.



O. BERRÚ V



G. CEREZO A



EQUIPO DE ACREDITACIÓN.  
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.  
E. S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS.  
CHULUCANAS-PIURA-PERÚ.

# INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	02
JUSTIFICACIÓN.....	03
FINALIDAD.....	04
OBJETIVOS.....	04
ALCANCE.....	04
BASE LEGAL .....	05
METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN.....	05
RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN	08
EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS...	09
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	10
FINANCIAMIENTO.....	12
RESPONSABLES.....	12
DISPOSICIONES FINALES.....	13
ANEXOS.....	14



G. BERRÚ V



G. CEREZO A.

## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN-2020 PARA LA ACREDITACIÓN.

### E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS.

#### I. INTRODUCCIÓN.

Ley N° 26842 Ley General de Salud, el numeral II del Título Preliminar establece la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en su Artículo 2 precisa, que Toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

El Ministerio de Salud en los últimos años viene impulsando el desarrollo de las políticas de calidad en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, con muchas limitaciones pero también con experiencias acumuladas en auditoria en salud, implementación de guías de prácticas clínicas, autoevaluación, implementación del Registro, Notificación y Análisis de Eventos Adversos, adherencia a la higiene de manos, aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, medición de satisfacción del usuario externo, desarrollo de proyectos y acciones de mejora entre otras actividades, con la finalidad de crear una cultura de calidad en salud y el mejoramiento continuo en todos los niveles de atención.



La NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobada con la RM N° 456-2007/MINSA, define a la autoevaluación como 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 su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.



En este contexto la autoevaluación del E.S estará a cargo de un grupo de evaluadores seleccionados de acuerdo a la normatividad vigente y realizarán el proceso de evaluación teniendo en cuenta la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada con la RM N°270-2009/MINSA, quienes aplicarán el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1.

El equipo de evaluadores internos se organizarán tomando como referencia los diferentes Macroprocesos del instrumento antes mencionado, hará uso de las diferentes técnicas de evaluación, verificará que todos los macroprocesos se desarrollen acorde a los estándares de acreditación, determinando su nivel de cumplimiento e identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, finalizando con el informe técnico de evaluación.

El evaluador interno contará con facilidades para que realice su labor con autonomía e imparcialidad, evitando conflictos de intereses, estableciendo comunicación respetuosa con los evaluados, guardando la confidencial cuando se trate de información reservada y estará dispuesta a asumir las responsabilidades que se consignan en la guía técnica del evaluador.

## II. JUSTIFICACIÓN.

El Sistema de Gestión de la Calidad en salud aprobado mediante RM N° 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los Establecimientos de Salud como un proceso y pilar importante del componte de la garantía y mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y segura, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente, la NTS N° 50-MINSA/DGSP-V-02, aprobada el 04 de Junio del 2007 mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan, cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar de manera firme hacia éste objetivo.

La acreditación contempla la autoevaluación como la primera fase del proceso, para lo cual es necesario seleccionar y nombrar al Equipo de Acreditación y Evaluadores internos.

La autoevaluación es el inicio de un conjunto de acciones que conllevan al camino del mejoramiento continuo de procesos y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

El E.S II-1 Hospital Chulucanas en cumplimiento de su misión, visión y comprometido en brindar una atención oportuna, eficiente y con calidad, centrada en la persona, familia y comunidad, ha elaborado el presente plan con la finalidad de obtener un basal de los procesos que se vienen realizando, realizar acciones de mejora continua, cumplir con los estándares establecidos de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, lograr un desarrollo armónico de los servicios y solicitar la evaluación externa para obtener la condición de establecimiento de salud acreditado.



### III. FINALIDAD.

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el E.S II-1 Hospital Chulucanas cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales definidos en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo del Ministerio de Salud.

### IV. OBJETIVOS.

#### 4.1. OBJETIVO GENERAL.

Lograr la calificación para la acreditación mediante el proceso de autoevaluación teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1 establecidos por el Ministerio de Salud.

#### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Organizar el proceso de autoevaluación de acuerdo a la normatividad vigente.
- Fortalecer las competencias y entrenamiento del Equipo de evaluadores internos para la autoevaluación.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación con la participación de la Dirección, Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos de acuerdo a la programación.
- Elaborar los informes correspondientes a la fase autoevaluación, formulando conclusiones y recomendaciones.



**O. BERRÚ V.**



**G. CEREZO A. V.**

#### ALCANCE

El presente Plan de trabajo es de alcance a todas las unidades orgánicas y Funcionales que conforman el E.S II-1 Hospital Chulucanas.

## VI. BASE LEGAL

- Ley N°26842, "Ley General de Salud".
- Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27444 "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, 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° 270-2009/MINSA, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo",
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud",
- Resolución Directoral N° 171-2020/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma el Equipo de Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas.
- Resolución Directoral N° 171-2020/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma el Equipo de Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas.



## VII. METODOLOGIA DE AUTOEVALUACIÓN.

La autoevaluación estará a cargo de evaluadores internos previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos categoría II-1.

El proceso se realizará en 3 semanas, los evaluadores contarán con el apoyo técnico del equipo de acreditación, equipo de gestión, unidad de gestión de la calidad y la dirección del establecimiento de salud.

Las técnicas utilizadas en la autoevaluación serán la verificación/revisión, observación, entrevista, muestreo y la encuesta.

La autoevaluación se desarrollará siguiendo los siguientes pasos:

- a. Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional: La programación de la autoevaluación está enmarcada en del Plan de Gestión de la Calidad en Salud de la DIRESA 2020.



- b. Conformación del Equipo de Acreditación: El equipo de acreditación ha sido conformado con Resolución Directoral N° 171-2020/GOB.REG.PIURA-430020-13201, éste equipo promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación.

El proceso de autoevaluación será difundido en todos los medios de comunicación al interior de la institución proponiendo su publicación en periódicos murales, folletos informativos, infografías publicadas en las redes sociales y web institucional donde se difundirá los documentos normativos e instrumentos del proceso de acreditación, la lista de evaluadores entre otros.

- c. Selección del Equipo de Evaluadores Internos por la Autoridad Institucional: El Equipo de Evaluadores Internos han sido conformados con la Resolución Directoral N° 172-2020/GOB.REG.PIURA-430020-13201 y cuentan con un líder elegido por consenso, han recibido capacitación para la correcta aplicación del listado de estándares de acreditación e instrumentos a utilizar y dispondrán de facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.

- Los evaluadores internos se dividirán en equipos por cada Macroproceso.
- Cada equipo formulará su cronograma de reuniones en coordinación con el responsable de la UPSS, servicio, área u oficina y planificará la autoevaluación de los criterios del Macroproceso designado, dentro del plazo establecido para la Autoevaluación.
- Revisarán los instrumentos de recolección de información.
- El coordinador entregará a su equipo los instrumentos para la recolección de datos, para iniciar el proceso de Autoevaluación.

- d. Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación: El presente plan ha sido elaborado y validado por el Coordinador del Equipo de Acreditación, los Evaluadores Internos y será aprobado por el Director del establecimiento de salud.

- e. Comunicación del Inicio de la Autoevaluación: El Director del establecimiento de salud con el visto bueno del responsable de la Unidad de Gestión de calidad del establecimiento de salud comunica a la DIRESA Piura del inicio del proceso de autoevaluación.



- f. Ejecución del Plan de Autoevaluación: Comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos a cargo de los evaluadores internos. En esta etapa se realiza la Autoevaluación de los Macroprocesos: para ello se realizarán las coordinaciones respectivas con el Director del establecimiento, responsables de servicios, UPSS, área, oficinas involucradas en los macroprocesos, se consensuará fecha y hora, siendo impostergable, salvo situaciones justificadas de ambas partes, debiendo comunicar el responsable del área evaluada y al Coordinador del equipo.

Se realizan las siguientes acciones:

- Sensibilización sobre el proceso de Acreditación.
- Reunión de Apertura, se recomienda elaborar un acta.
- Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal (evaluados y evaluadores)
- Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar (verificar fuentes auditables)
- Visita de las instalaciones del establecimiento de salud.
- Despliegue de las Técnicas de Evaluación (verificación/revisión, observación, entrevista, muestreo y encuesta.
- Socialización de los resultados en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

Asimismo cada equipo de evaluadores elaborará su informe con los resultados de cada macroproceso en los formatos o instrumentos establecidos. El líder del equipo de evaluadores coordinará el ingreso de datos obtenidos al aplicativo respectivo.

- g. Presentación del Informe de Autoevaluación:

Estará a cargo de los coordinadores de los Equipos de Autoevaluación y Equipo de Acreditación. Esta etapa comprende el análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso, el documento contiene las recomendaciones para las acciones y planes de mejoramiento continuo que se deben implementar

- h. Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones: se realizará cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las acciones de mejoramiento continuo las cuales deben ser medidas previamente según metodologías seleccionadas, hasta que se obtengan los niveles deseados de igual o mayor a 85%:



O. BERRÚ V



G. CORPZO A.

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.

Respecto a los resultados de la evaluación del establecimiento, en la Guía Técnica del evaluador se precisa: Si el E.S obtuvo un puntaje de 70 a 84.9% podrá realizar en 6 meses una nueva evaluación, de 50 a 69.9% en 9 meses y con puntaje menor de 50% deberá reiniciar desde autoevaluación, de igual modo si el establecimiento no cumpliera con los tiempos establecidos

### VIII. RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN.

1. NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
2. Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
3. Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de salud II-1.
4. Formatos para la evaluación : Hojas de registro de datos, hoja de recomendaciones
5. Aplicativo Informático para el registro y procesamiento de resultados.



O. BERRÚ V  
IX.

### IX. EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS.

El Equipo de Acreditación está conformado por:

1. Dr. Luis Humberto Martínez Delgado : Jefe del Servicio de pediatría  
Médico Pediatra **Coordinador del equipo de Acreditación.**
2. Carlos Enrique Loro Zeta : Jefe del Servicio de Medicina  
Médico Neurólogo
3. Eliseo Naval Mera : Jefe del Servicio de Cirugía.  
Médico Cirujano General
4. Lutzgarda del Carmen Muro Rentería : Jefa del Servicio de Gineco-  
Médica Gineco Obstetra. Obstetricia
5. Zoila Eulalia Castañeda Cabrejos : Jefe del Servicio De Emergencia.  
Médica Cirujana.
6. Marco Aurelio Ramírez Cueva : Jefe De Servicio De Apoyo Al  
Médico Patólogo Clínico Diagnóstico



- |  |   |
|--|---|
| 7. Jaime Sergio Castillo Tovar<br>Médico Anestesiólogo.        | : Jefe De Servicio De Apoyo Al<br>Tratamiento                 |
| 8. Kely Frank Reyes Girón<br>Licenciado en Enfermería.         | : Jefe Del Servicio De Enfermería.                            |
| 9. Roberto V. Jiménez Encalada<br>Cirujano Dentista.           | : Jefe De Servicio De Odonto-<br>Estomatología                |
| 10. Alan Víctor H. Ríos Córdova<br>Médico Cirujano General.    | : Jefe de la Unidad de Apoyo a la<br>Docencia e Investigación |
| 11. Manuel Alfredo Ruiz Flores<br>Economista.                  | : Jefe de Unidad de planeamiento y<br>Estratégico.            |
| 12. Audalina Espinoza Vílchez<br>Licenciada en Administración. | : Jefe de Unidad de Estadística e<br>Informática              |
| 13. Rubén Ubillús Silva<br>Contador.                           | : Jefe De unidad De Administración.                           |
| 14. Karla Yakelyny Gómez Rivas<br>Licenciada en Enfermería.    | : Jefa De Unidad De Epidemiología Y<br>Salud Ambiental.       |

El equipo de **Evaluadores Internos** está conformado por:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 1. Obs. María Jaramillo Ramírez       | : Lic. Obstetricia – <b><u>Líder del equipo.</u></b> |
| 2. Dr. Dante Romero Flores            | : Médico Gineco-obstetra                             |
| 3. Dra. Rosalía Vílchez Ruidias       | : Médico General                                     |
| 4. Lic. Sonia Aleida Rubio Rubio      | : Lic. En Enfermería                                 |
| 5. Lic. Patricia Calderón Mendocilla  | : Lic. En Enfermería                                 |
| 6. Bach. Julitza Bereche Morales      | : Bachiller en Contabilidad                          |
| 7. Tec. Enf. Adela Condori Reyes      | : Técnico en Enfermería                              |
| 8. Tec. Enf. Dennis Jesús López Calle | : Técnico en Enfermería                              |
| 9. Sr. Edwin Villar Castillo          | : Artesano   |





**X. A. CRÓNograma DE ACTIVIDADES: PLAN DE ACREDITACIÓN. E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS.**

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	AÑO 2020				AÑO 2021				RESPONSABLES								
			OCTUBRE		NOVIEMBRE 2020		DICIEMBRE 2020		ENERO 2021										
			1° SEM	2° SEM	3° SEM	4° SEM	1° SEM	2° SEM	3° SEM	4° SEM									
1	REUNIÓN CON DIRECCIÓN, UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EQUIPO DE GESTIÓN PARA PRESENTACIÓN DE PROPUESTA DE LA ACREDITACIÓN.	Reunión																	Dirección del Hospital, UGCS
2	DESIGNACIÓN FORMAL DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN.	Documento Técnico																	Dirección del Hospital, UGCS
3	DESIGNACIÓN FORMAL DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.	Documento Técnico																	Dirección del Hospital, UGCS
4	REUNIÓN CON EQUIPO DE ACREDITACIÓN Y DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DEL EQUIPO.	Reunión																	Dirección del Hospital, UGCS
5	CAPACITACIÓN AL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y DESIGNACIÓN DE LIDER DEL EQUIPO.	Capacitación																	UGCS, Equipo Acreditación
6	ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN.	Plan																	Equipo de Evaluadores Internos
7	APROBACIÓN DEL PLAN CON RD POR LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.	Documento Técnico																	Dirección del Hospital, UGCS
8	COMUNICACIÓN DEL INICIO DE LA AUTOEVALUACIÓN A DISESA, DIRECCIÓN SUBREGIONAL.	Documento Oficial																	Dirección del Hospital
9	DIFUSIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN Y DEL LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD.	Reunión de socialización																	Dirección del Hospital, UGCS, Imagen Institucional
10	EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN.	Plan Ejecutado.																	Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos
11	PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN.	Informe																	Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos
12	SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS.	Reunión de socialización																	Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos



G. CEREZO A



O. BERRÚ V

B. CRONOGRAMA DE RESPONSABLES POR MACROPROCESO. E.S II-1 HOSPITAL DE CHULUCANAS				DICIEMBRE 2020		
N°	MACROPROCESO	ACREDITADOR	EVALUADOR INTERNO	1° SEM	2° SEM	3° SEM
1	DIRECCIONAMIENTO (DIR)	ECON. MANUEL RUIZ FLORES	SR. EDWIN VILLAR CASTILLO			
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)	CPC. RUBEN UBILLUS SILVA	BACH. JULITZA BERECHÉ MORALES			
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)	DRA. LUTZGARDA MUÑOZ RENTERIA	DR. DANTE ROMERO FLORES			
4	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)	DR. LUIS MARTINEZ DELGADO	DRA. ROSALIA VILCHEZ RUIDIAS			
5	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	DR. ALAN RIOS CORDOVA	TEC. ENF. DENNIS CALLE LOPEZ			
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)	DR. ELISEO NAVAL MERA	OBS. MARIA JARAMILLO RAMIREZ			
7	ATENCIÓN AMBULATORIA (ATA)	LIC. KELVY REYES GIRON	TEC. ENF. ADELA CONDORI REYES			
9	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)	DR. CARLOS LORO ZETA	LIC. SONIA RUBIO RUBIO			
10	ATENCIÓN DE EMERGENCIA (EMG)	DRA. ZOILA CASTAÑEDA CABREJOS	LIC. PATRICIA CALDERON MENDOCILLA			
11	ATENCIÓN QUIRÚRGICA (ATQ)	DR. SERGIO CASTILLO TOBAR	TEC. ENF. ADELA CORDORI REYES			
12	ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)	DR MARCO RAMIREZ CUEVA	LIC. SONIA RUBIO RUBIO			
13	ADMISIÓN Y ALTA (ADA)	LIC. AUDALINA ESPINOZA VILCHEZ	TEC. ENF. DENNIS CALLE LOPEZ			
14	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)	C.D. ROBERTO JIMENEZ ENCALADA	OBS. MARIA JARAMILLO RAMIREZ			
15	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)	ECON. MANUEL RUIZ FLORES	LIC. PATRICIA CALDERON MENDOCILLA			
16	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)	LIC. AUDALINA ESPINOZA VILCHEZ	BACH. JULITZA BERECHÉ MORALES			
17	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)	LIC. KARLA GOMEZ RIVAS	SR. EDWIN VILLAR CASTILLO			
18	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)	CD. ROBERTO JIMENEZ ENCALADA	OBS. MARIA JARAMILLO RAMIREZ			

## XI. FINANCIAMIENTO.

Los bienes a utilizar son los siguientes:

N°	NOMBRE - ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	BOLIGRAFO AZUL	UNIDAD	25
2	CORRECTOR LÍQUIDO	UNIDAD	4
3	LAPIZ NEGRO N° 02 SIN BORRADOR	UNIDAD	25
4	BORRADOR BLANCO PARA LÁPIZ TAMAÑO MEDIANO	UNIDAD	25
5	PAPEL BOND 80 G TAMAÑO A4	EMPAQUE POR 500	2
6	TABLERO ACRÍLICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL	UNIDAD	25
7	MICAS PARA FOTOCHECK	UNIDAD	25
8	CARTULINA AL HILO COLOR BLANCA	UNIDAD	10



XII.

## RESPONSABILIDADES:

- Dr. Oscar Berrú Vargas : Director
- Dr. Luis Humberto Martínez Delgado : Coordinador del Equipo de Acreditación
- Lic. Obst: María Jaramillo Ramírez : Líder del equipo de Evaluadores Internos
- Elaboración y Ejecución del Plan de Autoevaluación
  - Equipo de Evaluadores Internos
- Del Proceso de Autoevaluación:
  - Equipo de Gestión
  - Equipo de Acreditación
  - Equipo de Evaluadores Internos
  - Jefes de Unidades servicios o Áreas
- De la elaboración y ejecución de las acciones de mejora post evaluación
  - Jefes de las unidades, servicios o áreas.
- Monitoreo y seguimiento de las acciones de mejora post autoevaluación.
  - Unidad de gestión de la calidad.



### XIII. DISPOSICIONES FINALES:

1. La unidad de gestión de la calidad deberá difundir los estándares de calidad a los servicios y áreas para su conocimiento antes de la autoevaluación.
2. La autoevaluación tendrá una duración de dos semanas, tiempo en el cual los evaluadores internos realizarán las visitas a los servicios y áreas.
3. La unidad de gestión de la calidad tiene quince (15) días para procesar la información de la autoevaluación en el aplicativo y emitir informe final.
4. Los casos no previstos en el presente plan serán resueltos por el Coordinador del equipo de Acreditación y el líder de los evaluadores internos previo acuerdo con los miembros de los equipos.

### XIV. ANEXOS.

#### ANEXO 1: LISTADO DE ESTÁNDARES CATEGORÍA II-1.

N°	MACROPROCESO
1	DIRECCIONAMIENTO (DIR)
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)
4	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)
5	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)
7	ATENCIÓN AMBULATORIA (ATA)
9	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)
10	ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)
11	ATENCION QUIRURGICA (ATQ)
12	ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)
13	ADMISIÓN Y ALTA (ADA)
14	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)
15	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)
16	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)
17	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)
18	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)





