



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Lujan"**  
**N°316-2022-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 DIC 2022

**VISTO:**

El Informe N° 459-2022-GOB.REG.AMAZONAS/HAB DE/SP, de fecha 30 de noviembre del 2022, a través del cual se solicita la aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL DE APOYO "GUSTAVO LANATTA LUJÁN" – BAGUA, AÑO 2022.

**CONSIDERANDO:**

Que, la Ley General de Salud Ley N° 26842, establece en los artículos I y II de su Título Preliminar que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar bienestar individual y colectivo, que la protección de la salud es de interés público y que por tanto, es responsabilidad del Estado regulada, vigilarla y promoverla;

**PRESENTACION.**

El proceso de acreditación se inicia en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales. Esta Comisión elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales que fueran aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.

Esta iniciativa se caracterizó por ser de origen gubernamental, por tener un alcance hospitalario, por ser un proceso basado en los sistemas de evaluación de conformidades, que incluía un certificador externo que funcionó bajo una lógica de mercado, y por el carácter de estándares centrados en la estructura. El proceso tuvo un bajo nivel de operatividad, expresado en la baja cobertura de establecimientos hospitalarios acreditados.

El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos recursos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban; sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollará en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

La Coordinación de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua, a través de su Plan de Trabajo Anual 2022, ha programado las actividades enmarcadas la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.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; con la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

**JUSTIFICACION**

El inicio del proceso de autoevaluación permitirá evaluar e identificar el porcentaje de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución; es decir, cuantificar en qué medida los procesos Institucionales están alineados a las normativas sanitarias del Ministerio de Salud, con la finalidad de implementar una cultura de calidad y seguridad del usuario en salud.

Es en tal sentido que, conocedores de situación actual de la Institución, es de suma importancia la ejecución del presente plan de autoevaluación, el cual permitirá sistematizar la información obtenida y ejecutar los planes de mejora correspondientes y de esta forma alcanzar el porcentaje óptimo que garantizará a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.





**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Luján"**  
**Nº 16 -2022-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, 01 DIC 2022

**ALCANCE**

El presente plan de autoevaluación para la acreditación en estándares de calidad tendrá un alcance sobre las distintas UPSS y área administrativa del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" – Bagua.

**BASE LEGAL**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Ley N° 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344, "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud".
- Resolución Ministerial N°566-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización".
- Resolución Ministerial N°696-2006-/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N°914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/ DGSPV.02 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de "Auditoria en la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de "Sistema de Gestión de la Calidad de Salud".
- Plan Nacional por la Seguridad del Paciente 2006-2008 (RM N° 676-2006/MINSA).
- Comité Seguridad del Paciente (RM N°143-2006/MINSA).

En consecuencia; con las facultades otorgadas por la Resolución Ejecutiva Regional N° 001-2022- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/GR y contando con las visaciones de las Oficinas, Unidades y Áreas respectivas del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.- APROBAR** el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL DE APOYO "GUSTAVO LANATTA LUJÁN" – BAGUA, AÑO 2022", Conforme anexos y que forma parte de la presente resolución.

**ARTICULO 2°.- NOTIFICAR** la presente resolución a los órganos e instancias Administrativas del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua, para los fines de ley.

**ARTICULO 3°.- DISPONGASE**, la publicación de la presente, en el Portal Institucional del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE,**



MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA "G.L.L."

Med. Gin. José Alexander Oliviera Delgado  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 042094 R.N.E. 033517



**"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL"**

**INFORME N° 459 - 2022-GOB. REG.AMAZONAS/HAB/SP**

**A** : MED. GINEC. JOSE A. OLIVERA DELGADO.  
**Director Ejecutivo Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján"-Bagua.**

**ASUNTO** : SOLICITA APROBACION MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO.

**REFERENCIA** : PLAN DE AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE ACREDITACION EN EL HOSPITAL DE APOYO "GUSTAVO LANATTA LUJAN"-BAGUA, 2022.

**FECHA** : Bagua, 30 de Noviembre 2022.

\*\*\*\*\*

*Por medio del presente me dirijo a Usted para saludarle cordialmente y a la vez solicitar la aprobación con Resolución Directoral del documento citado en referencia, el Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital De Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan"-Bagua, año 2022, el cual tiene como finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.*

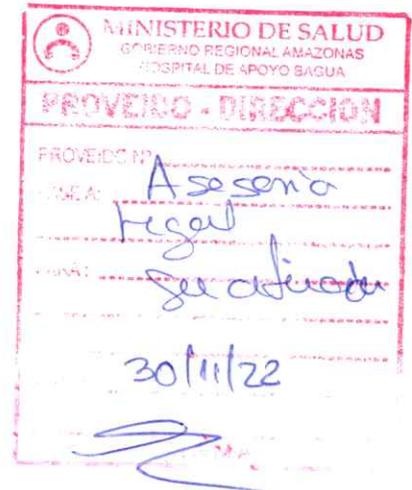
*Es todo cuanto informo para conocimiento y fines pertinentes.*

**Atentamente,**

  
 MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
 -----  
 CD. RONALD FONTENLA CORDOVA  
 C. O. P. 33213  
 JEFE DE SALUD PUBLICA

RFC/USPEIS  
 Gcg/Secret

N° DOC: 02972543  
 N° EXP : 02270693





## **Plan de Autoevaluación del Proceso de Acreditación en el Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" – Bagua, año 2022.**

### **I. PRESENTACION.**

*El proceso de acreditación se inicia en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales. Esta Comisión elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales que fueron aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.*

*Esta iniciativa se caracterizó por ser de origen gubernamental, por tener un alcance hospitalario, por ser un proceso basado en los sistemas de evaluación de conformidades, que incluía un certificador externo que funcionó bajo una lógica de mercado, y por el carácter de estándares centrados en la estructura. El proceso tuvo un bajo nivel de operatividad, expresado en la baja cobertura de establecimientos hospitalarios acreditados.*

*El escaso desempeño del proceso de acreditación en nuestro país, fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económico-financieros y de mercado, por los escasos recursos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores ventajas comparativas en relación con quienes no acreditaban; sin embargo, el reto planteado lo constituye un nuevo proceso de acreditación que se desarrollará en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo.*

*La Coordinación de Gestión de la Calidad en Salud del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua, a través de su Plan de Trabajo Anual 2022, ha programado las actividades enmarcadas la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.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; con la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.*



## II. JUSTIFICACION

El inicio del proceso de autoevaluación permitirá evaluar e identificar el porcentaje de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución; es decir, cuantificar en qué medida los procesos Institucionales están alineados a las normativas sanitarias del Ministerio de Salud, con la finalidad de implementar una cultura de calidad y seguridad del usuario en salud.

Es en tal sentido que, conocedores de situación actual de la Institución, es de suma importancia la ejecución del presente plan de autoevaluación, el cual permitirá sistematizar la información obtenida y ejecutar los planes de mejora correspondientes y de esta forma alcanzar el porcentaje óptimo que garantizará a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

## III. ALCANCE

El presente plan de autoevaluación para la acreditación en estándares de calidad tendrá un alcance sobre las distintas UPSS y área administrativa del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" – Bagua.

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Ley N° 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 28056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley N° 28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344, "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud".
- Resolución Ministerial N°566-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización".
- Resolución Ministerial N°696-2006-/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".

- Resolución Ministerial N°914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.02 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de "Auditoría en la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud de "Sistema de Gestión de la Calidad de Salud".
- Plan Nacional por la Seguridad del Paciente 2006-2008 (RM N° 676-2006/MINSA).
- Comité Seguridad del Paciente (RM N°143-2006/MINSA).

## V. METODOLOGIA DE EVALUACION

1. **Programación de la autoevaluación** en el Plan Operativo Institucional, los mismos que son elaborados de acuerdo a la directiva para formulación de planes operativos emitidos por la oficina general de planeamiento y presupuesto del Ministerio de Salud, como ente rector.
2. **Conformación del equipo de acreditación**, en el establecimiento de salud, micro red o servicio médico de apoyo, público o privado, designado por la autoridad institucional, la misma que dispone su conformación, en los establecimientos de salud categoría II-1 hasta III-2 y servicios médicos de apoyo, estará integrado por cada uno de los jefes de los servicios y/o departamentos del mencionado establecimiento o por quienes estos deleguen oficialmente. El equipo de acreditación contara con un Coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. Promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del establecimiento de salud.
3. **Selección de los evaluadores internos** por la Autoridad Institucional, aplicando los criterios de selección, se cuenta con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegan de las técnicas de evaluación e instrumentación para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso. Antes de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
4. **Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación**, el plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en el que se consigna simultáneamente a los responsables del servicio/área/departamento que interactuaran con los Evaluadores.
5. **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación**, acción que es obligatoria y es comunicada en forma oficial por conducto regular a través de las instancias orgánicas responsables de Gestión de la Calidad, según corresponda.

- 
- 
- 
- 
6. **Ejecución del Plan de Autoevaluación**, comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluadores designados con quienes deben interactuar.
  7. **Presentación del informe de Autoevaluación**, a la Autoridad Institucional para contar con el documento que se referencia. Por contener las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deben implementar.
  8. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones**, cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las acciones de mejoramiento continuo, las cuales deben ser medidas previamente según metodología seleccionada, hasta que se obtengan los niveles deseados de igual o mayor a 85%: en el caso que la organización obtuviera puntaje aprobatorio en la autoevaluación, se solicitara la evaluación externa a las Direcciones de Salud- DISAs, Direcciones Regionales de Salud- DRESAs y a la Dirección de Calidad en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas, según corresponda.

## VI. CRONOGRAMA DE EVALUACION

**Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	DICIEMBRE			
		I SEM	II SEM	III SEM	IV SEM
Reuniones del Equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder.	MC. Claudia P. Mendocilla Guerrero.				
Designación de responsables por cada macroproceso	MC. Claudia P. Mendocilla Guerrero.				
Presentación del Plan a Dirección Ejecutiva	CD. Ronald Fontenla Córdova.				
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de estándares de Acreditación	CD. Ronald Fontenla Córdova.				
Presentación del Plan a jefes de Servicio.	CD. Ronald Fontenla Córdova.				
<b>MACROPROCESOS</b>					
Direccionamiento (DIR)	Obsta. Diana Castro Álvarez				
Gestión Recursos Humanos (GRH)					
Gestión de la Calidad (GCA)					



Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)				
Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	MC. Luis Serrano Cajo.			
Control de la Gestión y Prestación (CGP)				
Atención Ambulatoria (ATA)	MC. Claudia P. Mendocilla Guerrero.			
Atención de Hospitalización (ATH)				
Atención de Emergencia (EMG)				
Atención Quirúrgica (ATQ)	Lic. Enf. Tianny Morante Arbulú.			
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)				
Admisión y Alta (ADA)				
Referencia y contra referencia (RCR)	Lic. Enf. Wilmer Hoyos Quiroz.			
Gestión de Medicamentos (GMD)				
Gestión de la Información (GIN)				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	Ps. Diana Villalobos Samillán			
Manejo del Riesgo Social (MRS)				
Nutrición y Dietética (NYD)				
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	Tec. Comp. Daniel Alfaro Lucero			
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)				
Procesamiento de Datos	MC. Claudia P. Mendocilla Guerrero/CD. Ronald Fontenla Córdova			
Análisis de resultados				
Elaboración de Informe Preliminar				
Presentación de Informe Preliminar				
Revisión y corrección del Informe				
Entrega del Informe Técnico				

Líder del Equipo de Evaluadores:

MC. Claudia P. Mendocilla Guerrero.

**Cronograma de Actividades para la Autoevaluación B**

Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	Dic-22		Responsable(s) Evaluado/s
			LUNES 12	MARTES 13	
Obsta. Diana C.A.	Direccionamiento (DIR)	Obsta Diana/Lic Enf. Wilmer	MAÑANA		Dr. José A. Olivera D.
	Gestión Recursos Humanos (GRH)				Abog. Jhon F. Sánchez
	Gestión de la Calidad (GCA)				CD. Ronald Fontenla Córdova
	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)				Lic. Pamela Yumpo Delgado
MC. Luis S.C.	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	MC. Luis /Lic. Enf. Tianny	MAÑANA		Lic. Enf. Wilmer Hoyos Quiroz.
	Control de la Gestión y Prestación (CGP)				Lic. Enf. Rosario Guevara Fernández
MC. Claudia M.G.	Atención Ambulatoria (ATA)	MC. Claudia/Lic. Enf. Pamela	MAÑANA		Dr. Oscar Delgado Pérez
	Atención de Hospitalización (ATH)				Dr. Oscar Delgado Pérez
	Atención de Emergencia (EMG)				Dr. Hubert Gomez Orihuela
Lic. Enf. Tianny M.A.	Atención Quirúrgica (ATQ)	Lic. Enf. Tianny/Lic. Wilmer		MAÑANA	Dra. Paola Rebatta Odar
	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)				Dr. Eduan Pacheco Carrión
	Admisión y Alta (ADA)				Sr. Luis Armas Fernández
Lic. Enf. Wilmer H.Q.	Referencia y contrareferencia (RCR)	Lic. Enf. Wilmer/MC. Claudia		MAÑANA	Lic. Enf. Rosario Guevara Fernández
	Gestión de Medicamentos (GMD)				QF. Norberto Villena Ríos.
	Gestión de la Información (GIN)				Ing. César Villegas Rivera
Ps. Diana V.S.	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	Ps. Diana/Lic Enf. Pamela		MAÑANA	Sr. Joel Estela Rivera
	Manejo del Riesgo Social (MRS)				Sr. Joel Estela Rivera

	Nutrición y Dietética (NYD)				Nut. Nury Yaipén Roque
Tec. Comp. Daniel A.L.	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	Tec. Daniel/MC. Luis	TARDE		QF. Norberto Villena Ríos.
	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)				Ing. Yolanda Malca Ilatoma



## VII. EQUIPO DE EVALUACION

1. **MC. Claudia Pamela Mendocilla Guerrero.**  
Evaluador Líder
2. **MC. Luis Ángel Serrano Cajo.**  
Miembro
3. **LIC. ENF. Tianny Michelle Morante Arbulú.**  
Miembro
4. **OBSTA. Diana Del Pilar Castro Álvarez.**  
Miembro
5. **LIC. ENF. Wilmer Jesús Hoyos Quiroz.**  
Miembro
6. **LIC. ENF. Pamela Danila Yumpo Delgado.**  
Miembro
7. **PS. Diana Elizabeth Villalobos Samillán.**  
Miembro
8. **TEC. COMP. José Daniel Alfaro Lucero.**  
Miembro



  
 COBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 DIRECCION REGIONAL SALUD AMAZONAS  
 RED DE SALUD BAGUA  
 HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
 -----  
**CD. Ronald Fontenla Córdova**  
 COP N° 33213  
 COORD. DE GESTION DE LA CALIDAD