Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Hipólito Unanue"

Nº 046 -2023-HNHU-DG

Resolución Directoral

Lima 13 de Febrero de 2023

Visto el Expediente Nº 23-003984-001, que contiene la Nota Informativa Nº 073-2023-OGC/HNHU, a través del cual la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación mediante acto resolutivo del proyecto de "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023";

CONSIDERANDO:

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

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la precitada Ley, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo 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, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los

establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la citada Norma Técnica de Salud, establece que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del Proceso de Acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, con Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, de fecha 29 de abril de 2009, se aprobó la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la Categoría III-1 en el ámbito nacional, incluyendo a los servicios prestados por terceros, el cual tiene por finalidad 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;

Que, con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", la cual tiene por finalidad contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA) que se orienten a lograr la operatividad de la intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, señala en su artículo 3°, que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica que se encarga de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente con la participación activa del personal; y, en el literal e) del mencionado artículo señala que dentro de sus funciones generales se encuentra: Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, con Nota Informativa Nº 073-2023-OGC/HNHU, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad pone en conocimiento que se ha elaborado el proyecto de "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito

Resolución Directoral

Lima 13 de Febrero de 2023

Unanue 2023", el cual tiene como objetivo general iniciar el proceso de Acreditación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, mediante la aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo con categoría III-1;

Que, con Memorando Nº 107-2023-OPE/HNHU, la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite la Nota Informativa Nº 009-2023-UPL-OPE/HNHU, de la Unidad de Planeamiento, a través del cual indica que el referido Plan se encuentra acorde de manera estructural a los lineamientos planteados en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud" y que las actividades programadas, contribuyen al cumplimiento del Plan Operativo Institucional Anual 2023, según la siguiente estructura programática: CATEGORÍA: 9001.Acciones Centrales, PRODUCTO: 3999999.Sin Producto, ACTIVIDAD PPTAL: 5000003.Gestión Administrativa, ACTIVIDAD OPERATIVA: Conducción de Control Permanente de la Calidad, UM: Acción; precisando además que, la ejecución del presente plan, será financiado de acuerdo a la disponibilidad presupuestal que se cuente en el presupuesto institucional del HNHU, y que de acuerdo a su competencia y atribuciones da opinión favorable para su aprobación;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe Nº 60-2023-OAJ/HNHU;

Con el visto bueno de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud 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 y en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud" aprobada con Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA; y, en uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N°099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023", el cual forma parte de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación del Plan aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital: https://www.gob.pe/hnhu.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dr. Andrés Martín ALCÁNTARA DÍAZ
Director General (e)
CMP N° 028813

V°B°
Dra. Silvia Paola Vargas Quiugo

AMAD(EVVJ/snn
DISTRIBUCIÓN.
( ) Dirección Adjunta
( ) OGC
( ) OAJ
( ) OPE
( ) Comunicaciones
( ) OCI
( ) Archivo

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023

OGC | Oficina de **Gestión de la Calidad**

EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. SILVIA PAOLA VARGAS CHUGO
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. GISELA PAOLA ESCALANTE ROSADIO
M.C. KATTERIN MERY GUZMAN MANCILLA
Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención
Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos

M.C. JUAN CARLOS PAITAN CAJACURI
Unidad de Seguridad del Paciente

BACH. GIANCARLO SANDOVAL PACHERRES
Unidad de Mejora Continua

TEC. VIVIANA FLORES YUPANQUI
Asistente Administrativo

SRTA. ALEJANDRA MENESES CALLE
Secretaria

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
V° B°
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

ÍNDICE

I. Introducción.....3

II. Justificación.....4

III. Objetivos.....4

IV. Alcance.....5

V. Base Legal.....5

VI. Metodología de evaluación.....5-6

VII. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A y B 7-9

VIII. Anexos.....10

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · V° B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2023

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud impulsa la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) e identifica a la calidad como un principio básico de la atención en salud y la define como conjunto de características técnico-científicas, humanas y materiales. Asimismo, uno de los componentes de dicho sistema es la *Información para la Calidad*; el cual está conformado por un conjunto de estrategias, instrumentos, metodologías y procedimientos, que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada sobre la calidad de la atención.

En ese sentido, el ente rector estableció el Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA; el cual comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa. La Autoevaluación es la primera fase del proceso de acreditación que consiste en una comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar; mientras que la Evaluación Externa es la fase final del proceso de evaluación que confirma de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de calidad en la fase inicial.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de ejecutar el proceso de Acreditación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y lo viene realizando de forma anual desde el 2010. Por lo tanto, el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023 constituye una tarea principal para la ejecución del proceso y está integrado al **Eje de trabajo N °1: Gestión de Procesos para la Acreditación/Certificación** del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud 2023.

MINISTERIO DE SALUD · OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · V° B° · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

II. JUSTIFICACIÓN

El presente plan se desarrolla en el marco de la normatividad vigente como es la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprobó 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".

El proceso de Acreditación inicia con la Autoevaluación, la cual es ejecutada por un equipo de evaluadores internos designados mediante Resolución Directoral. Esta fase inicial se debe realizar mínimo una vez al año hasta alcanzar el puntaje aprobatorio mínimo (IGUAL O MAYOR A 85%) y poder solicitar la evaluación externa con el objetivo final de lograr la Acreditación. La finalidad es establecer una cultura de calidad, promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención con base en evidencias, y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de nuestro hospital.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Iniciar el proceso de Acreditación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue mediante la aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo con categoría III-1.

3.2. Objetivos específicos:

3.2.1. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación/Certificación.

3.2.2. Promover una cultura de calidad a través de la aplicación de estándares de acreditación, y contribuir a la satisfacción del usuario interno y externo.

IV. ALCANCE

El presente plan tiene alcance y es de cumplimiento obligatorio para todos los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial Nº 099-2012/MINSA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba 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".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de evaluadores internos del Hospital Nacional Hipólito Unanue hará uso de la carpeta de evaluación (formatos impresos para recojo de información) y utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la Lista de Estándares de Acreditación.

MINISTERIO DE SALUD - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD V° B° - HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

1. **Verificación/Revisión de Documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observan a las personas y el entorno.
3. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
5. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.
6. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los establecimientos del nivel III-1, como el caso del HNHU, son aplicables 21. Consta de criterios gerenciales, prestacionales y de apoyo.

Al culminar con el levantamiento de la información, se realizará la digitación de los puntajes obtenidos en cada criterio de evaluación; para lo cual se utilizará la herramienta informática (Acreditación EE. SS) proporcionada por el MINSA que genera los resultados en formato Excel. Luego de la digitación, se realizará un control de calidad a la base de datos para finalmente proceder a la elaboración del informe final con la emisión de recomendaciones y posterior seguimiento de las mismas.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION A Y B

7.1 Cronograma de actividades para la Autoevaluación A

Actividades	Responsable	Cronograma de ejecución 2023											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder.	Oficina de Gestión de la Calidad												
Designación de responsable por cada macroproceso.	Oficina de Gestión de la Calidad												
Presentación del Plan a la Dirección General.	Oficina de Gestión de la Calidad												
Capacitación a Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación en Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Oficina de Gestión de la Calidad												
Reunión con el equipo evaluador, análisis del Listado de Estándares de Acreditación.	Oficina de Gestión de la Calidad												
MACROPROCESOS													
Direccionamiento													
Gestión de RR.HH.													
Gestión de la Calidad													
Manejo del riesgo de la atención													
Emergencias y desastres													
Control de la gestión y prestación													
Atención ambulatoria													
Atención de Hospitalización													
Atención de Emergencias													
Atención Quirúrgica													

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
V°
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

Actividades	Responsable	Cronograma de ejecución 2023											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Docencia e Investigación													
Apoyo al diagnóstico y Tratamiento													
Admisión y Alta													
Referencia y contrarreferencia													
Gestión de medicamentos													
Gestión de la información													
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización													
Manejo del riesgo social													
Manejo de nutrición de pacientes													
Gestión de insumos y materiales													
Gestión de equipos e infraestructura													

Evaluador líder: M.C. Silvia Vargas Chugo.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

7.2 Cronograma de actividades para la Autoevaluación B

Responsable por sub-equipo	Macroprocesos	Equipo de evaluadores internos	AGOSTO				Responsables/Evaluados
			1 s	2s	3 s	4 s	
C.D. Arturo Rodríguez Flores	Direccionamiento	Lic. Enf. Katty Arévalo Lozano					Oficina de Planeamiento Estratégico
	Gestión de RR.HH.	Lic. Enf. Dora Sofía Cuno Huarcaya					Oficina de Personal
	Gestión de la calidad	Lic. Enf. María Clotilde Flores Céspedes					Oficina de Gestión de la Calidad
	Manejo del riesgo de la atención	Lic. Enf. Edith Cristel Ventura Morote Lic. Enf. Aydeé Ramírez Carrasco					Oficina de Epidemiología Departamento de Medicina Departamento de Enfermería.
	Emergencias y desastres	Lic. T.S. Inela Betty Muguruza Yánacc Lic Enf. Sandra Carina Izaga Tapia					Departamento de Emergencia.
	Control de la gestión y prestación	CD. Arturo Rodríguez Flores M.C. Silvia Paola Vargas Chugo					Dirección General Departamentos Médicos
M.C Katterin Guzmán Mancilla	Atención ambulatoria	M.C Katterin Mery Guzman Mancilla M.C. Willian Aguilar Rivera					Unidad de Consulta Externa
	Atención de hospitalización	Lic. Enf. Yanet Tania Sánchez Moreyra Lic. Marina Janet Sanchez Munive					Departamentos Médicos
	Atención de emergencias	Lic. Enf. Dora Sofía Cuno Huarcaya M.C. Sandro Bustamante Romaní					Departamento de Emergencia
	Atención Quirúrgica	M.C Gladys Leandra Patiño Soto CD. Arturo Alberto Rodríguez Flores					Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
	Docencia e investigación	Lic. Enf. Evelyn Soledad Ñiquen Escudero					Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Lic. Enf. Rebeca Sánchez Mantilla	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Q.F. Flor De María Liñán Rojas Lic. Enf. Rebeca Emperatriz Sánchez Mantilla					Departamento de Patología Clínica y Diagnóstico por Imágenes
	Admisión y alta	Srta. Viviana del Pilar Flores Yupanqui M.C. Tania Celis Meléndez					Oficina de Estadística e Informática.
	Referencia y Contrarreferencia	Lic. Edith Patricia Romero Rottiers Lic. Enf. Raquel Vilma Flores Soto					Oficina de Seguros
	Gestión de medicamentos	Lic. Enf. María Clotilde Flores Céspedes M.C. Lilia Isabel Luna Medina					Departamento de Farmacia
	Gestión de la información	Srta. Viviana del Pilar Flores Yupanqui M.C. Lilia Isabel Luna Medina					Oficina de Estadística e Informática
	Descontaminación, limpieza, Desinfección y esterilización	Lic. Enf. Yanet Tania Sánchez Moreyra Lic.Enf. Edith Cristel Ventura Morote					Oficina de Epidemiología Departamento de Enfermería
Lic. Yanet Sánchez Moreyra	Manejo del riesgo social	Lic. Enf. Evelyn Ñiquen Escudero					Departamento de Servicio Social
	Manejo de nutrición de pacientes	Lic. Enf. Flor De Maria Liñan Rojas M.C. Tania Celis Meléndez					Departamento de Nutrición
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Marina Janet Sanchez Munive					Unidad de Logística
	Gestión de equipos e infraestructura	Q.F. Flor De María Liñán Rojas					Oficina de Servicios Generales

Líder del equipo de evaluadores internos: M.C. Silvia Vargas Chugo

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1: Plan de Trabajo para la Autoevaluación e identificación de Evaluador líder

Objetivos específicos	Actividades	Unidad de Medida	Periodicidad del Reporte	I T			II T			III T			IV T			Responsable
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1.1. Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación Hospitalaria.	ACT. 1: Actualización del Equipo de Evaluadores Internos.	Resolución Directoral	Anual		X											Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
	ACT. 2: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación.	Resolución Directoral	Anual		X											Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
	ACT. 3: Capacitación a Equipo de Evaluadores Internos y Equipo de Acreditación en Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Informe	Anual							X						Oficina de Gestión de la Calidad
	ACT. 4: Comunicación oficial de inicio de la Autoevaluación institucional a DIRIS LE.	Oficio	Anual								X					Oficina de Gestión de la Calidad
	ACT. 5: Aplicación del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, categoría III-1.	Ficha de evaluación	Anual								X					Oficina de Gestión de la Calidad
	ACT. 6: Informe técnico de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	Informe	Anual									X				Oficina de Gestión de la Calidad
	ACT. 7: Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del Informe técnico de Autoevaluación.	Informe	Anual										X			Oficina de Gestión de la Calidad

Evaluador líder: M.C. Silvia Vargas Chugo.

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD · HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE · M.C.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE"
M.C. SILVIA VARGAS CHUGO
CMP: 64976 RNA: 4817
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

Anexo N°2: Eje 1- Gestión de Procesos para la Acreditación

Producto	Actividad Oparativa	Tareas	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					Categoría Presupuestal	F.F	Finalidad	Meta Pres	Clasificador	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Conducción de Control Permanente de la Calidad	Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación	RD	1	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	0000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	114	2.3.1 5. 1 2 Papelería en General, Útiles y Materiales de Oficina	Plumones	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00
										Plástico carnet	unidad	70	S/. 1.50	S/. 105.00
										Papel Bond	Millar	100	S/. 15.00	S/. 100.00
										Lapiceros	unidad	200	S/. 0.50	S/. 100.00
										Folder manila	unidad	200	S/. 0.50	S/. 100.00
										Cinta foto checks	unidad	70	S/. 1.00	S/. 70.00
										Papelotes	unidad	30	S/. 0.30	S/. 9.00
										Fotocopiado	unidad	1400	S/. 0.10	S/. 140.00
										Anillado	unidad	30	S/.30.00	S/. 900.00
										Certificados	unidad	30	S/. 2.00	S/. 60.00
TOTAL														S/. 1,644.00