



Resolución Directoral

Lima, 28 SEP 2023



VISTO:

El Memorando N°325-2023-DG-HEP/MINSA, de fecha 27 de setiembre de 2023, de la Dirección General; que contiene el Informe N° 115-2023-OEPE-HEP/MINSA, de fecha 27 de setiembre de 2023, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Memorando N° 0259-2023-OGC-HEP, de fecha 14 de agosto de 2023, de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que 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, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es que los establecimientos de salud según su nivel de complejidad cuenten con la capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", siendo su objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimiento de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría II-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros, la misma que tiene como 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, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante la Resolución Directoral N°10-2023-DG-HEP/MINSA, de fecha 11 de enero de 2023, se aprobó el Plan Operativo Institucional Anual 2023, consistente con el PIA de la U.E. 147: Hospital de Emergencias Pediátricas, estableciendo los objetivos y metas que debe alcanzar en el presente año nuestra Institución;

Que, mediante Resolución Directoral N° 40-2023-DG-HEP/MINSA, de fecha 16 de febrero de 2023, se resolvió en su artículo 2° la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Emergencias Pediátricas, para el periodo 2023;

Que, con Memorando N° 0259-2023-OGC-HEP, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, en cumplimiento al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas, elaboró la propuesta del "Plan de Autoevaluación 2023" del Hospital de Emergencias Pediátricas, teniendo como finalidad promover el mejoramiento continuo de los macroprocesos que forman parte de la Autoevaluación y Acreditación del Hospital de Emergencias Pediátricas, cuyo resultado nos permitirá desplegar en la institución una cultura de calidad y un nivel óptimo, en el cual nuestros usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad y precisión durante el proceso de atención en salud;

Que, en ese sentido, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento, mediante el Informe N° 115-2023-OEPE-HEP/MINSA, manifiesta que el "Plan de Autoevaluación 2023", se articula con el Objetivo Estratégico del Plan Estratégico Institucional Anual 2023 Modificado V.01 del Hospital de Emergencias Pediátricas, por lo que recomienda aprobar el mencionado Plan mediante el acto resolutivo correspondiente;

Que, mediante el Memorando N°325-2023-DG-HEP/MINSA, el Director General solicita a la Oficina de Asesoría Jurídica proyectar el Acto Resolutivo correspondiente para la aprobación del Plan de Autoevaluación 2023 del Hospital de Emergencias Pediátricas;

Con el visado de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias Pediátricas; y,

De conformidad con la Ley N°26842, Ley General de salud; la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprobó el documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"; la Resolución Ministerial N°428-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas; y la Resolución Ministerial N°026-2023/MINSA, que resuelve delegar facultades durante el Año Fiscal 2023, a los Directore/as Generales de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana, Instituciones Nacionales Especializados y Hospitales del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- APROBAR el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023" del Hospital de Emergencias Pediátricas, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO 2º.- DISPONER a la Oficina de Gestión de la Calidad, el monitorear y controlar la ejecución de las actividades programadas, así como también evaluar el cumplimiento de los objetivos del mencionado Plan.

ARTÍCULO 3º.- ENCARGAR al Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia, la publicación de la presente Resolución Directoral y su respectivo anexo, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Pediátricas: www.hep.gob.pe.

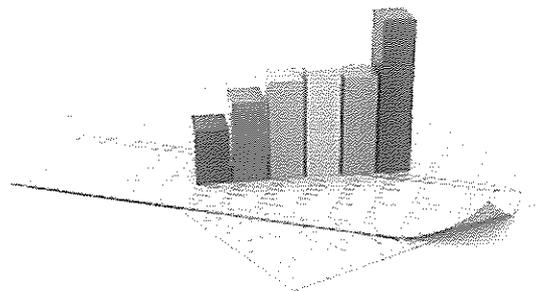
Regístrese, comuníquese y publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
M.C. Carlos Urbano Durand
Director General

- CLUD/AA50/ssgs
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - Oficina de Gestión de la Calidad.
 - Oficina de Asesoría Jurídica.
 - Responsable de Elaborar y Actualizar el Portal de Transparencia del HEP.
 - Archivo.
- Reg. 408/884

HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
2023**



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND

Director General

Elaborado por:

Equipo de Evaluadores Internos HEP 2023

Revisado por:

M.C. Roberto Walter Huamaní Guzmán

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad



CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
V. BASE LEGAL	5
VI. CONTENIDO	6
6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS	6
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	8
6.3. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.....	8
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVO	9
6.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	9
6.6. PRESUPUESTO	9
6.7. FINANCIAMIENTO	9
6.8. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN	10
VII. RESPONSABILIDADES.....	11
VIII. ANEXOS.....	11
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	19



HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023

I. INTRODUCCIÓN

La Acreditación de Establecimientos de Salud es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejora continua de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento salud; está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. Su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.

Para iniciar el proceso de acreditación, el paso fundamental lo constituye la autoevaluación, que es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, la cual se ha realizado en nuestra institución con resultados de 31% para el 2013-I, 57% para el 2013-II, 62% para el 2014, 73% para el 2015, 70% para el 2016, 67% para el 2017, 80% para el 2018, 66% para el 2019, 68% para el 2020, 73% para el 2021 y 71% para el 2022. La estrategia adoptada para esta autoevaluación es la asignación de criterios de acreditación a cada departamento asistencial y oficina administrativa de la institución, la participación y compromiso de cada uno de los responsables de las jefaturas del nuestro hospital.

En el contexto cada vez más complejo del sector salud, el Hospital de Emergencias Pediátricas apuesta por la acreditación, proceso que garantiza la atención de calidad de nuestros pacientes y sus acompañantes, basados en estándares de atención orientados a gestionar adecuadamente la efectividad, la eficiencia, los riesgos de la atención de salud, así como la mejora de la satisfacción de los usuarios. En ese sentido, nuestra institución de salud comprometida con brindar a la población una atención oportuna, eficiente y de calidad, en cumplimiento de su misión, visión y valores como establecimiento de salud público ha aprobado la Conformación del Equipo de Acreditación y del Equipo de Autoevaluación, el cual llevará a cabo el proceso de autoevaluación como parte inherente de las exigencias que demanda y exige el proceso de acreditación de los establecimientos de salud.

II. FINALIDAD

Promover el mejoramiento continuo de los macroprocesos que forman parte de la Autoevaluación y Acreditación del Hospital de Emergencias Pediátricas, cuyo resultado nos permitirá desplegar en la institución una cultura de calidad y un nivel óptimo, en el cual nuestros usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad y precisión durante el proceso de atención en salud.



III. OBJETIVOS

Objetivo General:

O.G.1 Evaluar el cumplimiento de los Estándares y Criterios de evaluación consignados en los Macroprocesos para la Autoevaluación del Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2023.

Objetivos Específicos:

O.E.1 Mejorar los procesos asistenciales y administrativos del Hospital de Emergencias Pediátricas.

O.E.2 Fortalecer la gestión institucional para el desempeño eficiente.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todos los departamentos asistenciales y oficinas administrativas del Hospital de Emergencias Pediátricas.

V. BASE LEGAL

5.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y modificatorias.

5.2 D.S. N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".

5.3 D.S. N° 021-2022-SA que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2023, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.

5.4 R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

5.5 R.M. N° 428-2007/MINSA "Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias Pediátricas."

5.6 R.M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".



5.7 R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

5.8 R.M. N° 727-2009/ MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.

5.9 R.D. N° 040-2023-DG-HEP/MINSA, que resuelve Conformar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Emergencias Pediátricas, para el periodo 2023.

5.10 RD N° 061-2023-DG-HEP/MINSA, que aprueba el “Plan de Gestión de la Calidad 2023” del Hospital de Emergencias Pediátricas.

VI. CONTENIDO

6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

1. Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
2. Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
3. Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
4. Autoevaluación: 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 Avanzando hacia la acreditación NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINSA / DGSP - V.02 16, 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.
5. Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.



6. Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
7. Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
8. Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.
9. Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.
10. Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
11. Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
12. Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
13. Eventos adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
14. Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
15. Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del Avanzando hacia la acreditación ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO, proceso



ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

16. Listado de Estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
17. Servicios médicos de apoyo: Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El Hospital de Emergencias Pediátricas es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que pertenece al tercer nivel de atención, categorizado como III-E desde el 2013, recategorizado como III-E mediante Resolución Administrativa N°091-2020-DMGS-DIRIS-LC; especializado en la atención de emergencias y urgencias a la población pediátrica de 0 a 19 años a nivel nacional.

Durante el periodo 2023 – 2022 se han realizado autoevaluaciones con una mejoría progresiva que ha ido del 62% en el año 2014 al 71% en el año 2022, pero sin llegar a obtener el puntaje mínimo requerido que es una calificación igual o mayor a 85% de cumplimiento de los estándares evaluados, y así poder solicitar al Ministerio de Salud una "Evaluación Externa" a cargo de evaluadores externos seleccionados por ellos.

En el presente año se desarrollará el Plan de Autoevaluación por ser un procedimiento de carácter obligatorio en el proceso de Acreditación y tiene como propósito evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y mejorando aquellos procesos que sean necesarios para evaluar nuestros estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos. Así mismo, ha sido incluido en la Ficha N° 30 que forma parte del Decreto Supremo N° 021-2022-SA, relacionado a los Convenios de Gestión del Año 2023.

6.3. ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

El Plan de Autoevaluación se articula con el Plan Operativo Institucional Anual del Hospital de Emergencias Pediátricas que orienta sus acciones con los objetivos y acciones estratégicas institucionales del Ministerio de Salud, uno de ellos el OEI.02 que garantiza el acceso a los cuidados y servicios de salud de calidad organizados



en redes integradas de salud; centradas en la persona; familia y comunidad; con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y que comprende diversas acciones estratégicas.

Las actividades del Plan de Autoevaluación 2023 se articulan específicamente con la acción estratégica AEI.02.04 (Atención de urgencias y emergencias médicas; eficiente y oportuna) del PEI 2019-2026 ampliado del MINSA.

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVO

El Hospital de Emergencias Pediátricas orienta sus acciones con los siguientes objetivos y acciones:

O.E.1 Mejorar los procesos asistenciales y administrativos del Hospital de Emergencias Pediátricas.

Actividad 1.1. Criterios de la Autoevaluación que forman parte de los Macroprocesos; implementados

O.E.2 Fortalecer la gestión institucional para el desempeño eficiente

Actividad 2.1. Macroprocesos para la Autoevaluación; implementados

Los indicadores de la Autoevaluación se consignan en el Anexo N°1.

6.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El “Cronograma General de Autoevaluación 2023” y el “Cronograma de Evaluación Interna por Macroprocesos” se encuentra detallados en el Anexo N°2 y Anexo N° 3 del presente plan.

6.6. PRESUPUESTO

Para la realización y cumplimiento del Plan de Autoevaluación 2023 se utilizará el presupuesto asignado a cada Departamento/Servicio/Oficina en el Plan Operativo Institucional Anual 2023 del Hospital de Emergencias Pediátricas.

6.7. FINANCIAMIENTO

La implementación del Plan de Autoevaluación 2023 se financia con Recursos Ordinarios y está sujeto a disponibilidad presupuestal.



6.8. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Emergencias Pediátricas utilizará diversas técnicas las que están de acuerdo a la normativa, tales como:

- Verificación/Revisión
- Observación
- Entrevista
- Muestreo
- Encuesta
- Auditoría

El Instrumento que se utilizará para la autoevaluación será el Listado de Estándares de Acreditación. Se utilizarán también los formatos para la evaluación que incluye las Hojas de Registro de Datos, las Hojas de Recomendaciones y las Hojas de Calificaciones de la Evaluación.

La metodología para la autoevaluación día a día será la siguiente:

- 1) Se realizará una visita a las instalaciones del HEP con el equipo de evaluadores internos.
- 2) Despliegue de las Técnicas de Evaluación: durante la cual se procederá a utilizar las técnicas seleccionadas y aplicando los instrumentos ya mencionados.
- 3) Durante el acto de evaluación se contará con la presencia y participación del personal asignado por la institución.
- 4) Se realizará al finalizar el día una evaluación para revisión de los estándares evaluados y para la respectiva retroalimentación.
- 5) El procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del Informe Técnico de evaluación estará a cargo del Equipo de Autoevaluación.
- 6) El Equipo de Acreditación realiza la presentación de resultados ante las autoridades del Hospital de Emergencias Pediátricas.

EQUIPO DE EVALUACIÓN

El "Equipo de Acreditación 2023", los "Responsables de los Macroprocesos" y el "Equipo de Evaluadores Internos 2023" se encuentran en el Anexo N°4, Anexo N°5 y Anexo N°6 del presente plan.



VII. RESPONSABILIDADES

NIVEL LOCAL

DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

- Coordina con evaluadores internos del establecimiento de salud.
- Cumple el cronograma y secuencia de la autoevaluación.
- Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por el Equipo de Evaluadores Internos, en cumplimiento de los criterios consignados en cada Macroproceso.

DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS:

- Realiza acciones de evaluación interna.
- Propone acciones de mejoramiento continuo.
- Emite un Informe Técnico de Evaluación.

VIII. ANEXOS

- 8.1. ANEXO N°1: INDICADORES DE LA AUTOEVALUACIÓN – AÑO 2023
- 8.2. ANEXO N°2: CRONOGRAMA GENERAL DE AUTOEVALUACIÓN – AÑO 2023
- 8.3. ANEXO N°3: CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA POR MACROPROCESOS
- 8.4. ANEXO N°4: EQUIPO DE ACREDITACIÓN – AÑO 2023
- 8.5. ANEXO N°5: RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS – AÑO 2023
- 8.6. ANEXO N°6: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS – AÑO 2023



ANEXO N°1: INDICADORES DE LA AUTOEVALUACIÓN – AÑO 2023

Objetivo General del Plan	Evaluar el cumplimiento de los Estándares y Criterios de evaluación consignados en los Macroprocesos para la Autoevaluación del Hospital de Emergencias Pediátricas en el año 2023					
Indicador	Forma de Cálculo	Línea Base	Valor Esperado 2023	Fuente de Información	Periodicidad	Responsable
% de Criterios de Autoevaluación implementados en el Año 2023	N° de Criterios de la Autoevaluación que fueron implementados x 100 / Total de Criterios de la Autoevaluación 2023	71%	76%	Autoevaluación 2023	Anual	Oficina de Gestión de la Calidad
% de los Macroprocesos de la Autoevaluación implementados en el Año 2023	N° de Macroprocesos de la Autoevaluación que fueron implementados x 100 / Total de Macroprocesos de la Autoevaluación 2023	57%	62%	Autoevaluación 2023	Anual	Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N°2: CRONOGRAMA GENERAL DE AUTOEVALUACIÓN - AÑO 2023

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Planificación de la Autoevaluación								
Conformar Equipo de Acreditación y Equipo de evaluadores internos	OGC	X						
Elaborar Plan de autoevaluación	OGC				X			
Designar responsables por cada macroproceso	OGC				X			
Presentar Plan de Autoevaluación a Dirección General	OGC				X			
Capacitar equipo de acreditación y equipo de evaluadores internos	OGC-ET MINSA/DIRIS	X	X	X	X	X		
Ejecución de la Autoevaluación								
Comunicar Inicio de Autoevaluación	OGC					X		
Reuniones de trabajo con equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de Acreditación	OGC					X		
Reunión de apertura	OGC						X	
Evaluación interna por macroprocesos	OGC						X	X
Análisis de la información								
Procesamiento de datos	EEI						X	X
Análisis de resultados	EEI						X	X
Elaboración del informe preliminar	EEI							X
Revisión y corrección del informe	EEI							X
Entrega del informe técnico	EEI							X

EEI: Equipo de evaluadores internos



ANEXO N°3: CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA POR MACROPROCESOS

MACROPROCESO	CODIGO	Estándares	RESPONSABLE	L	M	V	L	M	V	L	M	V	L	M
GERENCIAL	DIR	11	Dirección General	X										
	GHR	11	Jefatura de la Oficina de Personal	X										
	GCA	22	Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad	X										
	MRA	50	Jefatura del Departamento de Enfermería		X									
	GSD	21	Jefatura de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres		X									
	CGP	15	Dirección General			X								
	ATA	17	Jefatura del Servicio de Traumatología Pediátrica			X								
	ATH	26	Departamento Médico Quirúrgico				X							
	EMG	14	Departamento de Emergencia				X							
	ATQ	24	Jefatura del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico					X						
APOYO	DIV	15	Jefatura de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación					X						
	ADT	11	Departamento de Ayuda al Diagnóstico						X					
	ADA	16	Jefatura de la Oficina de Economía							X				
RCR	13	Jefatura del Servicio Prehospitalario										X		



MACROPROCESO	CODIGO	Estándares	RESPONSABLE	L	M	V	L	M	V	L	V	L	M	V	L	M	
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	GMD	15	Jefatura del Servicio de Farmacia				X										
	GIN	14	Jefatura de la Oficina de Informática y Estadística								X						
	OLDE	17	Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Esterilización											X			
	MRS	6	Jefatura del Servicio Social												X		
	NYD	10	Jefatura del Servicio de Nutrición y Dietética												X		
	GIM	8	Jefatura de la Oficina de Logística													X	
	EIF	12	Jefatura de Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento														X



ANEXO N°4: EQUIPO DE ACREDITACIÓN – AÑO 2023

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND Director General Del Hospital de Emergencias Pediátricas	Coordinador
C.P.C. CECILIA ELIZABETH CLENDENES ALVARADO Jefa de la Oficina Ejecutiva de Administración	Integrante
C.P.C. WILFREDO ATILIO SALAZAR ALVERDE Jefe de la Oficina de Economía	Integrante
C.P.C. DORIS AURORA PADILLA CONDE Jefa de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Integrante
M.C. HUGO ANTONIO MEZARINA ESQUIVEL Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Integrante
M.C. ROBERTO WALTER HUAMANI GUZMAN Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	Integrante
LIC. ENF. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE Jefa del Departamento de Enfermería	Integrante
LIC. NORBERTO RAMIRO SIFUENTES ARANDA Jefe de la Oficina de Personal	Integrante
C.P.C. DANY SHIRLEY ROJAS CERVANTES Jefa de la Oficina de Logística	Integrante
ING. ANA ROSMERY SOTO CARRION Jefa de la Oficina de Estadística e Informática	Integrante
M.C. JUAN CARLOS ALBERTO GARCIA GUERRERO Jefe del Departamento de Emergencia	Integrante
M.C. VIVIANO EDUARDO TICONA TAPIA Jefe del Departamento Médico Quirúrgico	Integrante
M.C. ZULY MILUSKA CHAVEZ URBANO Jefa del Departamento de Atención al Paciente Crítico Jefa del Departamento de Apoyo al Tratamiento	Integrante
LIC. ENF. GLORIA FLAVIA RAMIREZ JULCARIMA Jefa del Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Central de Esterilización	Integrante
M.C. JAVIER HECTOR QUISPE HUAYTA Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico	Integrante
Q.F. ROCIO DEL PILAR LOVATON ALVARADO Jefa del Servicio de Farmacia	Integrante
LIC. NUT. LUZ MIRIAM GOMEZ ZEVALLOS Jefa del Servicio de Nutrición y Dietética	Integrante
M.C. RONALD ANTONIO ESPINOZA GARCIA Jefe del Servicio Prehospitalario	Integrante
LIC. VICTORIA YOLANDA ABURTO CARDENAS Jefa de Servicio Social	Integrante
BACH. MARIO SALVADOR PINTO DEL POZO Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Integrante



ANEXO N°5: RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS - AÑO 2023

MACROPROCESOS		RESPONSABLE DEL MACROPROCESO
N°		
1	DIRECCIONAMIENTO	DIRECCION GENERAL
2	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	JEFATURA DE LA OFICINA DE PERSONAL
3	GESTION DE LA CALIDAD	JEFATURA DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
4	MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
5	EMERGENCIAS Y DESASTRES	JEFATURA UNIDAD DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES
6	CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION	DIRECCION GENERAL
7	ATENCION AMBULATORIA	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO MEDICO QUIRURGICO
8	ATENCION DE HOSPITALIZACION	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO MEDICO QUIRURGICO
9	ATENCION DE URGENCIAS	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
10	ATENCION QUIRURGICA	JEFATURA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO
11	DOCENCIA E INVESTIGACION	JEFATURA DE LA OFICINA APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
12	APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO
13	ADMISION Y ALTA	JEFATURA DE LA OFICINA DE ECONOMIA
14	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	JEFATURA DEL SERVICIO PREHOSPITALARIO
15	GESTION DE MEDICAMENTOS	JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA
16	GESTION DE LA INFORMACION	JEFATURA DE LA OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
17	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION	JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA DEL CENTRO QUIRURGICO Y ESTERILIZACION
18	MANEJO DE RIESGO SOCIAL	JEFATURA DEL SERVICIO SOCIAL
19	MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES	JEFATURA DEL SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA
20	GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	JEFATURA DE LA OFICINA DE LOGISTICA
21	GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	JEFATURA DE LA OFICINA SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO



ANEXO N°6: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS – AÑO 2023

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
M.C. WILLIAM MICHAEL ABREGU CASTRO Médico – Oficina de Gestión de la Calidad	Evaluador Líder
M.C. MAYBEE CLEOFE MENDOZA FERNANDEZ Médico – Oficina de Gestión de Calidad	Evaluadora Interna
M.C. LESLIE ROSELLA CARBAJAL TARAZONA Médico – Oficina de Gestión de Calidad	Evaluadora Interna
M.C. JOECE MAGALY BUTRON MANTILLA Médico – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Evaluadora Interna
LIC. PATRICIA ISABEL ZEVALLOS COLAN Obstetra – Módulo de Atención al Maltrato Infantil y Adolescente en Salud	Evaluadora Interna
M.C. JORGE LUIS DOLORIER DOLORIER Médico – Coordinador de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres	Evaluador Interno
M.C. SECIBEL MERCEDES GUILLEN SALVATIERRA Médico – Oficina de Referencia y Contrarreferencia	Evaluadora Interna
M.C. JUAN MOSCOSO ALARCON Médico – Oficina de Referencia y Contrarreferencia	Evaluador Interno
C.D. ORIALIZ HUANCA ARROYO Dentista – Unidad Funcional de Telesalud	Evaluadora Interna
LIC. NELIDA ISABEL SERPA BARRIENTOS Enfermera – Servicio de Enfermería y Cuidados Intensivos	Evaluadora Interna
LIC. MELVA NANCY RAMIREZ JULCARIMA Enfermera – Servicio de Enfermería y Cuidados Intensivos	Evaluadora Interna
LIC. MELVA DOLORES COLCA ARANDA Enfermera – Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización	Evaluadora Interna
LIC. GLORIA FLAVIA RAMIREZ JULCARIMA Enfermera – Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización	Evaluadora Interna
LIC. ANTONIA EMILIANA MAMANI ENCALADA Enfermera – Servicio de Enfermería de Emergencias y Urgencias	Evaluadora Interna
LIC. LILANA LUZ CUCHO MARTINEZ Enfermera – Servicio de Enfermería de Emergencias y Urgencias	Evaluadora Interna
LIC. JANET SILVA LAURENTE CARRION Enfermera – Servicio de Enfermería en Hospitalización	Evaluadora Interna
LIC. CARMEN ROSA OSCO VENTURA Enfermera – Servicio de Enfermería en Hospitalización	Evaluadora Interna
LIC. FELICITA GARCIA QUISPE Enfermera – Servicio de Enfermería en Hospitalización	Evaluadora Interna
LIC. REBECA MARCELA CARRION GARCIA Asistente Social – Servicio Social	Evaluadora Interna



IX. BIBLIOGRAFÍA

- Affeldt J.E., Shanahan M. La acreditación voluntaria en Estados Unidos: una perspectiva del control de calidad. *Control de Calidad Asistencial*. (1987) 2: 41-5.
- Altman, S. Accreditation as a means to improve healthcare. Disponible en: www.jcrinc.com
- Arce, H. 1999. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Society for Quality in Health Care*. Oxford University Press.
- Arce, H. 2000. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. En: *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Vol. I. Titelman, D.; Uthoff, A (eds). FCE-CEPAL. Santiago.
- Arce, H. 1995. Acreditación de establecimientos de salud. En: *Revista ITAES*, N° 2, Junio. V.1.
- Ashton, J. 2002. Acreditación y concesión de licencias. Exposición del Foro Regional LACRSS. *La Nueva Agenda de la Reforma del Sector Salud*.
- Borja, A. 2004. Resumen histórico del proceso de acreditación de servicios de salud en el Perú. Documento técnico del Ministerio de Salud del Perú.
- Carboni, H.R. 2004. Principales orientaciones de algunos modelos de acreditación que hoy se usan en el mundo. *Salud y Futuro*. Santiago de Chile.
- Cosavalente, O.; et al. 2004. La acreditación en seis países industrializados. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Cosavalente, O.; et al. 2004. Reino Unido: el paradigma de un sistema de salud. Texto académico, disponible en Biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Department of Health. 2002. *Tackling Health Inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review*.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-1748 | Donabedian, A.; Los Siete Pilares de la Calidad, *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16: S96- S100.
- Gómez de León, P.; Pinto, D.; Incentivos para calidad en salud. En: *Revista Vía Salud*, tercer trimestre 2001. Bogotá.
- Hafez, N.A.; Busse, R.; Harding, A. 2003. Regulation of Health Services. En: April Harding, Alexander S. Prever (eds.). *Private Participation in Health Services*. World Bank. Washington.
- Hayes, J.; Shaw, C. 1995. Implementación del Sistema de Acreditación. En: *Revista ITAES*, N° 3, vol.2, p. 14-17
- Herrero, F.; Durán, F.; 2001. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. CEPAL. Santiago de Chile.
- Huamán, N. et al. 2003. Acreditación en salud: Revisión de las experiencias nacionales e internacionales. DECS-MINSA.
- Huamán, N. et al. 2003. Elementos para la definición y priorización del objeto de la acreditación en salud. DECS-MINSA.



- ISQUA; 2004. Toolkit for accreditation programs. International Society for Quality in Health Care. Australia.
- JCAHO. 2006. A certification Programm for Health Care Staffing Firms.
- Ministerio de Salud del Perú. 1996. R.M. N° 511-96-SA/DM, que aprueba el Manual de Acreditación de Hospitales, Lima.
- Ministerio de Salud del Perú. 1996. R.M. N° 673-96-SA/DM, que aprueba la Guía para la aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales, Lima.
- Ministerio de Salud del Perú. 1998. R.M. N° 261-98-SA/DM, que aprueba las Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Lima.
- Ministerio de Salud de Colombia. 2000. Informe final de revisión de experiencias internacionales. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios. Elaborado por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria Canadian Council on Health Services Accreditation QUALIMED.
- MINSA-DECS. 2003. Reunión Técnica, Acreditación en el Perú: Contexto actual y perspectivas. Lima
- Montagu Dominic; 2003. Accreditation and other external quality assessment systems for healthcare. DFID, Health Systems Resource Centre.
- Orjuela de Deeb, N.; Kerguelén, C.; Camacho, M.; Acreditación en salud: el camino hacia el mejoramiento de la calidad. En: Revista Vía Salud, tercer trimestre 2001. Bogotá.
- Paganini, J.M.; De Moraes, N. H.; 1992. La Garantía de la Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y El Caribe. OPS. Washington.
- Restrepo, R. F. Acreditación. Mayo 2002. Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana.
- Shaw Charles. 2001. National accreditation programmes in Europe. CASPE Research, London.
- Suñol, R.; Baneres, J.; Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud. 2002. En: Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud, Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana, Raúl Francisco Restrepo. Bogotá.
- Suñol, R.; Humet, C. 2002. Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS 2002. Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública.
- Taylor, B.; Análisis circunstancial y el Plan de Trabajo de alto nivel para el área de calidad del Programa de Acreditación en Perú. Documento de proyecto. CCSHA. Lima, 2003.
- Ugarte, O. 2004. Exposición Descentralización en Salud: Mapa Concertado de Competencias en Salud. Lima.

