



N° 143 – 2024 – DRSL – RL – HH – SBS/DE

# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Huaral, 20 Mayo del 2024

**Visto**, el Expediente N°03224692 que contiene la Nota Informativa N°055-UE-407-RL-HH-SBS-UGC-04-2024, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital "San Juan Bautista" Huaral, y el Informe Legal N°156 – UE.407-RL-HH-SBS-AL-05-2024.

## CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°26842 Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del estado regularla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y 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, de fecha 04 de junio del 2007, el Ministerio de Salud aprobó la NTS N°050-MINSA-DGSP-V-02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", y establece como uno de los procedimientos para el proceso de acreditación la elaboración del Plan de Autoevaluación, con el fin de medir capacidades de los diversos servicios de nuestra institución;

Que, el plan de trabajo reúne los objetivos y actividades incluidas dentro del Plan Operativo de la Oficina de Gestión de la Calidad, siguiendo metodologías normadas por el Ministerio de Salud, tales como la aplicación de Manuales e instrumentos, listado de estándares de acreditación, que permitirá la calificación de los Macroprocesos que a su vez se define procesos en las unidades productoras de servicios, cuyos resultados permitirán determinar el nivel de cumplimiento e identificar problemas a ser subsanados y obtener la acreditación institucional;

Que, resulta necesario contar con un documento técnico que desarrolle las actividades del Equipo de Autoevaluación, como instrumento de evaluación institucional, teniendo como fin la mejora de la calidad de atención;

Que, mediante Nota Informativa N°055 - UE.407-RL-HH-SBS-UGC-04-2024, de fecha 22 de abril del 2024, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital San Juan Bautista Huaral – periodo 2024;

Que, mediante Informe Legal N° 156 – UE.407-RL-HH-SBS-AL-04-2024, de fecha 02 de Mayo del 2024, se declara procedente el Plan de Autoevaluación del Hospital San Juan Bautista Huaral – periodo 2024;

Que, mediante Oficio N°094 - UE.407-RL-HH-SBS-OPE-04-2024, de fecha 14 de Mayo del 2024, la Oficina de Planeamiento Estratégico a través del Área de Planes y Programas con Informe N°049-UE-407-RL-HH-SBS-APP/OPE-05-2024, emite opinión favorable del plan y con Informe N°103-UE.407-RL-HH-SBS-OPE/AO-05-20224, el Área de Organización emite opinión favorable al acto resolutivo de aprobación del Plan en mención;





N° – 2024 – DRSL – RL – HH – SBS/DE

Que, mediante Ordenanza Regional N°014-2008-CR-RL, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Huaral y el Hospital "San Juan Bautista" Huaral, y su modificatoria Ordenanza Regional N°008-2014-CR-RL;

De conformidad con lo dispuesto por la Resolución Directoral N°039 - 2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA/DG de fecha 19 de Enero del 2023, que otorga facultades al Director del Programa Sectorial II – Dirección Ejecutiva del Hospital de Huaral y SBS de la Dirección Regional de Salud Lima de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Lima;

Estando a lo propuesto por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, con la opinión favorable de la Oficina de Planeamiento Estratégico y visto bueno de la Sub Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal del Hospital "San Juan Bautista" Huaral;

**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero:** APROBAR el "Plan de Autoevaluación del Hospital "San Juan Bautista" Huaral, periodo 2024, el cual en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo Segundo:** DISPONER que la Unidad de Gestión de la Calidad, es responsable de la difusión e implementación de los documentos técnicos aprobados en el artículo precedente.

**Artículo Tercero:** DISPONER la publicación de la presente resolución en el Portal Web del Hospital San Juan Bautista Huaral\*\*\*

Regístrese y Comuníquese

  
GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
UE 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

M.C. Juan Lázaro Arias  
C.M.P. 010836 / RNE 019948  
DIRECTOR EJECUTIVO

**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL**  
**UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD**

**PLAN DE AUTOEVALUACION**  
**2024**

Huaral, abril del 2024



## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
ALCANCE.....	5
BASE LEGAL.....	5
METODOLOGIA DE EVALUACION.....	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	10
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.....	11
ANEXOS.....	11

## I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud ha desarrollado e impulsado el Sistema de Gestión de Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua. La Acreditación constituye una herramienta importante para la mejora de la calidad de atención al usuario, al tener en cuenta sus necesidades y preferencias garantizando y haciendo sostenible la mejora de los diferentes procesos con un enfoque humano y social.

En este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social

La autoevaluación es el proceso en el que se evalúa el funcionamiento de los establecimientos de salud, públicos y privados, para lograr que sus usuarios reciban una atención de mejor calidad, es decir, oportuna, completa, segura y con trato amable

El Hospital San Juan Bautista de Huaral a través de la Unidad de Gestión de la Calidad en cumplimiento de la Norma Técnica N° 050- MINSAL/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo aprobada mediante RM N° 456-2007/MINSAL, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos la autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan, cumpliendo un conjunto de pautas que permite avanzar progresivamente y de manera firme hacia un objetivo, en el año 2023 se obtuvo un puntaje de 80%.

El Hospital San Juan Bautista de Huaral mediante Resolución Directoral N°121 -2024-DRSL-RLHH-SBS/DE conformó el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos para el proceso de Autoevaluación del Hospital – periodo 2024. En este contexto, se desarrollará el proceso de autoevaluación en las UPSS asistenciales y administrativas con la aplicación de estándares que permita garantizar una mayor satisfacción de los usuarios en una cultura de calidad en salud, contamos con personal capacitado para realizar la autoevaluación y determinar el nivel de cumplimiento e identificar nuestras fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento en nuestra institución.

El presente documento **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE HUARAL 2024** es una propuesta del comité y ha sido elaborado en el marco de la RM N° 270-2009 MINSAL aprueba la "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, consta de Introducción, justificación, objetivo, alcance, base legal, metodología de evaluación, cronograma de actividades para la autoevaluación y equipo de evaluación y responde expresamente al proceso de autoevaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Hospital San Juan Bautista de Huaral.



## II. JUSTIFICACION

Garantizar a los usuarios y al sistema de salud, según su nivel de complejidad que los prestadores de salud, cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, previamente definidos.

El Hospital San Juan Bautista de Huaral en julio en el año 2009, conformó un equipo de evaluadores internos capacitados con la finalidad de establecer la línea de base, dando inicio así al proceso de autoevaluación con miras a lograr la Acreditación correspondiente, obteniendo un puntaje de 37%.

- En el mes de julio de 2010 se realizó autoevaluación, debiendo incrementar en 25% en relación al puntaje obtenido en la medición de la línea base, obteniendo como puntaje obtenido por categoría 58%.
- En el año 2011 se realizó la autoevaluación en el mes de julio obteniendo como puntaje por categoría 59%.
- Del 09 al 23 de Julio del 2012 se realizó la autoevaluación, obteniendo como resultado por categoría 66%, en el seguimiento realizado del 26 al 30 de noviembre se observó que se han levantado muchas observaciones se obtuvo como resultados por categoría 72%.
- Del 22 de abril al 18 de junio del 2013 se realizó la autoevaluación, obteniendo como resultado por categoría 67%.
- Del 02 de abril al 30 de abril 2014 se realizó el proceso, obteniendo como resultado 65%.
- Del 14 al 29 de mayo 2015, se realizó el proceso de autoevaluación, pero se amplió la entrega de información (Observaciones y recomendaciones) por parte de los Evaluadores Internos hasta el día 10 de junio, obteniéndose como resultado 75%.
- Del 14 al 29 de mayo del 2016, se realizó el proceso de autoevaluación, obteniéndose como resultado 64%.
- En el año 2017, el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, se realizó del 15 de agosto al 30 de setiembre 2017, obteniendo como resultado 60%.
- En el año 2018, el proceso de Autoevaluación para la acreditación, se realizó en el mes de noviembre, obteniéndose como resultado 78%.
- En el año 2019, el proceso de Autoevaluación para la acreditación, se realizó en el mes de noviembre, obteniéndose como resultado 76%.
- En el 2020, se realizó Autoevaluación en el mes de noviembre y diciembre obteniéndose 58%, En el actual contexto de la Pandemia por COVID 19 se ha limitado prestaciones y el recurso humano lo que no ha permitido alcanzar el nivel óptimo.
- En el 2021, se realizó el proceso de Autoevaluación en el mes de noviembre y diciembre obteniéndose 72%, el acuerdo de los Autoevaluadores es continuar con el seguimiento de los Macroprocesos durante el mes de mayo y junio para realizar el proceso de Autoevaluación 2022 en el mes de julio.
- En el 2022, se realizó el proceso de Autoevaluación en el mes de julio y agosto obteniéndose 76%, el acuerdo de los Autoevaluadores es continuar con el seguimiento de los Macroprocesos para realizar el proceso de Autoevaluación 2023.
- En el 2023, se realizó el proceso de Autoevaluación en el mes de junio obteniéndose 80% se continuará con el seguimiento para el levantamiento de los macro procesos observados y se realizara las coordinaciones para iniciar el proceso el presente año.



### III. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General:

Contribuir a que el Hospital San Juan bautista de Huaral cuenta con capacidades para brindar prestaciones en base a los estándares de calidad de atención a través de la aplicación de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

#### 3.2 Objetivo Específicos

- 3.2.1 Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivas promocionales se manejan con atributos de calidad.
- 3.2.1 Promover una cultura de calidad en el hospital San Juan Bautista de Huaral a través del cumplimiento de estándares de criterios de evaluación de calidad.
- 3.2.1 Contar con evidencias de los procesos, procedimiento asistencial, administrativo y preventivo promocional se manejan con atributos de calidad con el propósito de maximizar la satisfacción de los usuarios

### IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación es de alcance a las Oficinas, Departamentos, Unidades y Servicios que conforman el Hospital San Juan Bautista de Huaral.

### V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión"
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA: Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02. Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y su Anexo 8 "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-2 y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud N° 02: MINSA/DGSP-V.03: Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, aprueba las Normas para la elaboración de Documento Normativos del Ministerio de Salud.
- Ordenanza Regional N° 014-2008-CR-RL, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Huaral y el Hospital San Juan Bautista de Huaral, y su modificatoria Ordenanza Regional N° 008-2014-CR-RL.



## CONSIDERACIONES GENERALES:

### Definiciones:

**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 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 área susceptibles de mejoramiento.

**Acreditación:** proceso de evaluación externa, periódica, baso 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.

**Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.

**Criterios de evaluación:** Parámetros, referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

**Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar practicas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

**Evaluador Interno:** es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organismo de similar nivel o categoría.

**Evaluador Externo:** Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencia para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

**Evaluación Externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

**Guía Técnica del Evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación, con especial énfasis en la verificar en los criterios de evaluación estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad el proceso.

**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 avanzado hacia la acreditación, proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

**Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionado, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro procesos



que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que se realizan en todo establecimiento de salud o servicios medico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

### CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

- a) El Proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
- b) La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual en hospital, cuenta con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados quienes hacen uso de del listado de Estándares de Acreditación II-2 y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos según Guía del Evaluador para la Acreditación.
- c) El listado de estándares para la acreditación se constituye como el único documento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad- estructura, proceso y resultados que deben cumplir el establecimiento de salud.
- d) Para el desarrollo de la autoevaluación la Unidad de Gestión de la Calidad brindara asistencia técnica y capacitación a los evaluadores internos.
- e) El proceso de autoevaluación debe ser llevado a cabo en absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

### PLANIFICACIÓN

Las actividades del Plan de Gestión de la Calidad en Salud están articuladas al POI 2024.

Producto Institucional	Actividad	Meta Física		
		Tarea	U.M.	Meta
3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	Elaboración y gestión para aprobación del Plan de Trabajo	Plan	1
		Proceso de Autoevaluación	Informe	1

### ORGANIZACIÓN

Para llevar a cabo la Autoevaluación se tiene en cuenta las siguientes actividades:

- a) Conformación/Actualización/Oficialización del Equipo de Evaluadores Internos  
Resolución Directoral N°121-2024-DRSL-RLHH-SBS/DE que resuelve Actualizar el Equipo de responsables del Proceso de Acreditación del Hospital san Juan Bautista Huaral período 2024 y Actualizar el Equipo de Evaluadores Internos para el proceso de Autoevaluación.  
De forma complementaria cada equipo se organizará internamente para el cumplimiento de las actividades. Lo que dará inicio al proceso de la autoevaluación, Los equipos antes mencionados deberán disponer del tiempo necesario para cumplir con los objetivos ya establecidos y remitirán sus informes a un Equipo Técnico de Unidad de Gestión Calidad encargado del Proceso de Acreditación, quien consolidar la información y en última reunión de evaluadores internos emitirán el Informe Final.
- b) Capacitación de Evaluadores Internos Se socializará los documentos técnicos y se realizara la capacitación de los evaluadores internos con la finalidad de reforzar sus conocimientos con respecto a los macro procesos que evalúan.
- c) Elaboración y Socialización del Plan de Autoevaluación por el equipo de evaluadores internos para ser elevado a la Dirección y aprobado con Resolución Directoral.
- d) Se formularán estrategias de comunicación orientado a sensibilizar y acoger la colaboración de los jefes, Coordinadores y Trabajadores en general en el proceso de autoevaluación y



- acreditación institucional Para lo cual se realizará la representación del plan en reunión del Equipo de Gestión y publicación en web institucional.
- e) Comunicación de Inicio de la Autoevaluación en forma oficial a la DIRESA Lima a través de las instancias de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- f) 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 evaluados designados con quienes tiene que interactuar. Establecido el cronograma de actividades se procederá a la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes, de ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes de forma complementaria se realizará la organización de tareas y metas por los responsables de equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.  
Elaboración de los informes de cada equipo evaluador y remisión a la Equipo Técnico de Calidad, que se encargara de la consolidación de los resultados y redactara el Informe Final que debe ser elevado la Dirección y niveles correspondientes. Finalmente se procederá a la retroalimentación a las diversas Departamentos, Oficina y Unidades.
- g) Presentación del Informe de Autoevaluación a la Dirección Ejecutiva para que sea derivado a la DIRESA Lima y al MINSA, documento que servirá de referencia, por contener las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deben implementar.
- h) Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora.  
Los Jefes de Departamentos, Oficinas y Unidades proceden a realizar sus actividades para implementar las mejoras de acuerdo a las observaciones encontradas en cada Macroprocesos, la Unidad de Gestión de la Calidad monitoriza y hace el seguimiento de los avances mediante informe.

#### RECURSOS E INSTRUMENTOS:

- Evaluadores seleccionados y capacitados
- Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Medios de Apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-2
- Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo.
- Listas de Chequeo
- Hojas de registros de datos para Autoevaluación y de recomendaciones
- Aplicativo informático para el registro y procedimiento de resultados.

#### VI. METODOLOGÍA DE EVALUACION:

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos para lo cual harán uso del Listado de Estándares de Acreditación correspondiente al nivel, II-2, contando con la participación activa del Dirección, Jefaturas, Coordinadores y Responsables de las diversas unidades orgánicas del Hospital como evaluados y consecutivos implementadores de los proceso y proyecto de mejora.

La experiencia y capacitación impartida al seleccionado equipo de evaluadores internos, permitirá el cumplimiento de los criterios de evaluación a la realidad actual de los servicios ofertados en los plazos considerados en el plan de autoevaluación con respecto de la normativa vigente.

Las técnicas a usar por el equipo de autoevaluación serán: de verificación y revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras, encuestas, auditorias, siendo el principal instrumento la "Guía



Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Medios de Apoyo".

Se realizará:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de Macroprocesos para cada servicio
- Conformación del equipo y responsables por cada Macroproceso
- Desarrollo de la autoevaluación
- Elaboración del informe final.

#### PROCEDIMIENTOS PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN:

- a) Se deberá incluir el Plan de Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional.
- b) Conformación del Equipo de Acreditación: la Dirección dispone la conformación de un equipo de acreditación, contará 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.
- c) Selección de los evaluadores internos: por la Autoridad Institucional, reciben entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.
- d) Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso.
- e) Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación: el plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional.
- f) 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.
- g) 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 evaluados designados con quienes deben interactuar.
- h) Presentación del Informe de Autoevaluación: a la Autoridad Institucional para contar con el documento que servirá de referencia, por contener las recomendaciones para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción respectivos que se deben implementar.
- i) Monitoreo y seguimiento de las acciones de mejora: Los evaluados proceden a realizar sus actividades para implementar las mejoras de acuerdo a las observaciones encontradas en cada macro proceso, el Área de Calidad monitoriza y hace el seguimiento de los avances mediante informe.

#### Resultados de la Evaluación:

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:

- a) Acreditado: Calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
- b) No Acreditado: Calificación menor a 85% del cumplimiento de los estándares.







## VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

### 1. Equipo de Acreditación

Mediante Resolución Directoral N°121-2024-DRSL-RLHH-SBS/DE se conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Huaral San Juan Bautista de Huaral, Nivel II-2, el cual está integrado por los siguientes servidores:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| • M.C. Juan DIAZ AMADO<br>Director Ejecutivo  | Presidente      |
| • M.C. Ezequiel William CAÑEDO MONTALVAN<br>Sub Director Ejecutivo                                    | Vice Presidente |
| • MC. Carmen Rosa SANCHEZ VEINTIMILLA<br>Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad                   | Miembro         |
| • MC. Alain Cesario SEMINARIO ATO<br>Jefe del Departamento de Medicina                                | Miembro         |
| • MC. Luz Hypatia VASQUEZ CAMPOS<br>Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos           | Miembro         |
| • MC. Rosa Etelvina del Socorro LLERENA CASTAÑEDA<br>Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia    | Miembro         |
| • MC. Daniel Albino VALVERDE OKUMURA<br>Jefe del Departamento de Cirugía                              | Miembro         |
| • MC. Margarita TAYPE SILVA<br>Jefe del Departamento de Pediatría                                     | Miembro         |
| • MC. Maritza Marleny CORNEJO CUSTODIO<br>Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico | Miembro         |
| • M.C. Julio Ernesto RIQUELME VILCA<br>Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes              | Miembro         |
| • Lic. Aracely Elba JORGES HUAMAN<br>Jefa del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica | Miembro         |

### 2. Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación del Hospital San Juan Bautista Huaral – periodo 2024, el cual está integrado por los siguientes servidores:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| • M.C. Carmen Rosa, SANCHEZ VEINTIMILLA           | Evaluador Líder |
| • M.C. Elna Liliana, LUIS MIRANDA                 |                 |
| • M.C. Monica Edith, ZUÑIGA CONDOR                |                 |
| • Q.F. Ana Cecilia, QUISPE ESPILLCO               |                 |
| • Lic. Adm. Francisca Verenisa, NAUPARI VARGAS    |                 |
| • Lic. Enf. Elsa Mirella, ALVAREZ JURADO          |                 |
| • Lic. Enf. Maria Rubi, TORRES GARCÍA             |                 |
| • Lic. Enf. Elizabeth, CRUZ ARCE                  |                 |
| • Lic. Enf. Isabel Hermilia, VENEGAS DE GUTIERREZ |                 |
| • Lic. Enf. Rosa Maria, GUANILO REYES             |                 |
| • Lic. Enf. Rocio del Pilar PALOMINO REYES        |                 |
| • Lic. Enf. Tanla Evelyn ORTIZ URIBE              |                 |



IX. ANEXO:

ANEXO N° 01

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN  
HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL - 2024**

DISTRIBUCIÓN DE MACROPROCESOS

Unidad Orgánica: Unidad de Gestión de Calidad

Equipo 1	Lic. Enf. Elizabeth Cruz Arce (Lider) Lic. Enf. Rosa María Guanilo Reyes Lic. Enf. Elsa Mirella Alvarez Jurado	Macp 3 Control de la gestión y prestación Macp 9 Atención de Hospitalización Macp 11 Atención Quirúrgica Macp 16 Gestión de Medicamentos Macp 18 Descontaminación, limpieza y desinfección Macp 21 Gestión de insumos y materiales
Equipo 2	MC. Monica Edith Zuñiga Condor QF. Ana Cecilia Quispe Espillo Lic. Enf. Tania Evelyn Ortiz Uribe (Lider)	Macp 1 Direccionamiento Macp 2 Gestión de RR. HH Macp 19 Manejo del Riesgo Social Macp 7 Atención Ambulatoria Macp 13 Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Macp 15 Referencia y Contrareferencia
Equipo 3	MC. Elna Liliana Luis Miranda MC. Carmen Rosa Sanchez Veintimilla (Lider) Lic. Enf. Rocio del Pilar Palomino Reyes	Macp 4 Manejo del riesgo en la atención Macp 10 Atención de Emergencia Macp 20 Nutrición
Equipo 4	Lic. Enf. María Rubí Torres García (Lider) Lic. Enf. Isabel Venegas de Gutiérrez Lic. Amd. Verenisa Naupari Vargas	Macp 3 Gestión de la Calidad Macp 12 Docencia e investigación, Macp 5 Emergencias y Desastres Macp 14 Admisión y alta Macp 17 Gestión de la información Macp 22 Equipo e infraestructura





**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - B "HOSPITAL HUARAL 2024"**

RESPONSABLE POR SUB-EQUIPO	MACROPROCESOS	Equipo de Evaluadores Internos	AGOSTO																					Responsable (s) Evaluado (s)
			Lun.	Mart.	Miér.	Juev.	Vier.	Lun.	Mart.	Miér.	Juev.	Vier.	Lun.	Mart.	Miér.	Juev.	Vier.	Lun.	Mart.	Miér.	Juev.	Vier.		
Equipo 1 Lic. Enf. Elizabeth Cruz Arce (Lider)	Macp 6 Control de la Gestion y prestacion	Lic. Elizabeth Cruz, Lic Rosa Guanilo, Lic. Elsa Alvarez					x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Adm Cesar Mundo, Lic Adm Giorgi de los Santos, MC Carmen	
	Macp 9 Atencion de hospitalizacion						x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Enf. Rosa Guanilo Reyes	
	Macp 11 Atencion quirurgica						x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	MC Maritza Comejo, Lic. Enf. Erika Palomino	
	Macp 16 Gestion de medicamentos						x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Q.F. Roman Alvites	
	Macp 18 Esterilizacion, lavanderia y limpieza						x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Enf. Rubi Torres, Lic. Adm. Leonila	
	Macp 21 Gestion de insumos y materiales						x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Adm. Rosario Flores	
Equipo 2 Lic. Enf. Tania Ortiz Uribe	Macp 1 Direccionamiento	MC. Monica Zuñiga, QF. Ana Quispe, Lic. Tania Ortiz				x			x		x			x		x			x		x	Lic. Adm. Giorgi de los Santos.		
	Macp 2 Gestion de Recurso Huamanos					x			x		x			x		x			x		x	Lic. Adm. River		
	Macp 19 Manejo de riesgo social					x			x		x			x		x			x		x	Lic. Liliana Huapalla Cheeng		
	Macp 7 Atencion Ambulatoria					x			x		x			x		x			x		x	Lic. Enf. Jakeline Sudario Cajaleon		
	Macp 13 Apoyo al diagnostico y tratamiento					x			x		x			x		x			x		x	Lic. Aracely, MC. Julio Riquelme, MC. Carmen Sanchez		
	Macp 15 Referencia y contrarreferencia					x			x		x			x		x			x		x	MC. Monica Zuñiga Condor		
Equipo 3 MC. Carmen Rosa Sanchez Veintimilla	Macp 4 Manejo del riesgo de atencion	MC. Carmen Sanchez, MC. Elna Luis, Lic. Rocio Palomino				x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	Lic. Rubi Torres Garcia	
	Macp 10 Atencion de emergencia					x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	Lic. Jose Donayre Lopez	
	Macp 20 Manejo de nutricion de pacientes					x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	Lic. Milagros Neira Leiva	
Equipo 4 Lic. Enf. Maria rubi Torres Garcia	Macp 3 Gestion de la Calidad	Lic. Rubi Torres, Lic. Isabel Venegas, Lic. Verenisa Naupari				x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	MC. Carmen Sanchez Veintimilla		
	Macp 12 Docencia e investigacion					x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	MC. Ana Bercera		
	Macp 5 Emergencia y Desastres					x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Enf. Elsa Alvarez Jurado		
	Macp 14 Admision y alta					x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Sra Gladys Iparaguire		
	Macp 17 Gestion de la informacion					x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Adm. Cesar Mundo Casazola		
	Macp 22 Gestion de quipos e infraestructura					x	x		x		x	x		x		x	x		x		x	Lic. Adm Giorgi de los Santos, Lic. Juan Flores		

