



**HOSPITAL EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO
ULLOA**

Documento Técnico "Plan de Autoevaluación 2024"

ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RM: 456-2007/MINSA

Equipo de Evaluadores Internos

UNIDAD ORGÁNICA	RESPONSABLE	VºBº
Propuesto por	Dra. Maybebe Cleofe Mendoza Fernández	
Cargo	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	
Fecha		
Revisado por	Dra. Karina Arali Vidalón López	
Cargo	Directora Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	
Fecha		
Aprobado por:	Dr. Alberto Gonzales Guzmán	
Cargo Fecha	Director General del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	JUSTIFICACIÓN.....	2
III.	OBJETIVO	3
IV.	ÁLCANCE.....	3
V.	BASE LEGAL.....	3
VI.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	4
6.1.	Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas).....	4
6.2.	Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo.....	6
6.3.	Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI.....	7
6.3.1	Analisis FODA.....	8
6.4.	Actividades por objetivos.....	9
6.4.2	Costeo de las Actividades por tarea.....	10
6.4.3.	Cronograma de actividades.....	11
6.4.4.	Responsables para el desarrollo de cada actividad.....	14
6.5.	Presupuesto.....	14
6.6.	Financiamiento.....	14
6.7.	Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan.....	14
6.7.1.	Periodo de ejecución:.....	14
VII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN.....	16
VIII.	EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN.....	18
IX.	BIBLIOGRAFIA.....	19



I.-INTRODUCCION:

El proceso de acreditación constituye una herramienta muy eficaz para evaluar la gestión de los procesos, detectando errores, deficiencias y áreas de mejora tanto en el sistema de calidad utilizado como en los resultados obtenidos.

Las prioridades actuales de la Organización Mundial de la Salud requieren infraestructuras capaces de detectar, vigilar y responder a las emergencias sanitarias, como la COVID-19, y a los efectos del cambio climático sobre la salud en el contexto de la salud para todos.

La Autoevaluación es la fase inicial 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.

Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951).

Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud y Perú en aras de estandarizar las buenas prácticas clínicas, a través del MINSA, en el año 2012 emitió la Norma Técnica para la acreditación de los Servicios de Salud.

II.-JUSTIFICACIÓN:

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (HEJCU), brinda servicios de salud especializados en atención de Emergencias que incluye procesos de atención: evaluación de la prioridad, diagnóstico, tratamiento, soporte vital y atención primaria; contando con recursos humanos especializados en la atención de las prioridades I y II, al servicio de la población, siempre ofreciendo una atención de calidad; oportuna, segura y humanizada en su trato al paciente.

En ese contexto, el HEJCU ha implementado la fase de Autoevaluación en virtud de la necesidad de mejorar continuamente y de manera progresiva, pese haber obtenido un resultado favorable en la autoevaluación realizada en el año 2023 de 92%, consideramos que debemos autoevaluarnos periódicamente y sobre todo previo a la solicitud de visita de los Evaluadores Externos, pues consideramos que nuestro mayor compromiso de mejora es monitorear la continuidad de nuestros logros. Por lo que en el presente año se ha considerado como estrategia previa la visita de los Evaluadores externos realizar la autoevaluación 2024 y con dichos resultados nos permitirán mejorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento a los estándares de calidad establecidas para los establecimientos de salud de nivel III-1.

Además, como IPRESS especializada en emergencias estamos comprometidos con mejorar la calidad de atención al usuario, considerando que durante la pandemia COVID 19, resultó necesario



la implementación de nuevas tecnologías y herramientas; como la telemedicina y telegestión, que permitió en dicho periodo la ejecución de actividades asistenciales y de gestión que a la actualidad se han sumado como parte de nuestros procesos de servicios de salud.

Finalmente mencionar, que la realización de la Autoevaluación y la elaboración del Plan de Autoevaluación es un procedimiento de obligatorio cumplimiento como parte del proceso de Acreditación y tiene como propósito evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares establecidas para mejorar aquellos procesos estratégicos para mantener elevados estándares de calidad técnicos, humanos y de gestión.

III.- OBJETIVO:

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el cumplimiento del Hospital de emergencias " Jose Casimiro Ulloa " con respecto a los estándares nacionales definidos para establecimientos de salud de categoría III orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.

IV.- ALCANCE.-

El Plan para la Autoevaluación, tiene un alcance a todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

V.- BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, se aprobó la "Ley General de Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSA, se aprobó la "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009 MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la mejora continua de la calidad".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".

- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la NTS N° 021-MINSA "Categoría de Establecimiento de Sector Salud"
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, se aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de Servicios de Emergencias".
- Resolución Directoral N°091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el "Manual de Organización y Funciones del HEJCU".
- Resolución Directoral N°341-2011-DG-HEJCU, se aprobó el "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad".
- Resolución Directoral N°244-2012-DG-HEJCU, se aprobó el "Comité Técnico de Calidad y Seguridad del Paciente en la Atención de Salud en el HEJCU".
- Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud
- Resolución Directoral N° 082- 2022-DG-HEJCU, que aprueba la Directiva para la Formulación, Seguimiento, y Evaluación de los Planes Específicos en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- Resolución Directoral N° 091-2024 se actualizó la conformación del "Equipo de Auto evaluadores 2024.
- Resolución directoral N°108-2024 se actualizó la conformación del Equipo de Acreditación 2024.



VI.- METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN:

La autoevaluación es la etapa inicial del proceso de acreditación y requiere de la conformación de un Equipo de Evaluadores Internos que deben estar capacitados en la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP V.02 Acreditación de Servicios de Salud y Centros Médicos de Apoyo.



6.1 ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES (Definiciones Operativas)

- **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.
- **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.
- **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- **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 áreas susceptibles de mejoramiento.

- **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.
- **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 restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.



- **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 proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
- **Informe técnico de la evaluación externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.
- **Informe técnico de seguimiento de la acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe técnico de la evaluación externa.
- **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.
- **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 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital con la finalidad de mejorar la calidad de atención, con la participación del personal directivo, asistencial, técnica y administrativa. Depende del Órgano de Dirección.

6.2.2 Problema (magnitud y caracterización)

Los problemas identificados en referencia a la gestión de la calidad son los siguientes:

- Programas de capacitación en procesos escasos.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de gestión de la calidad.
- Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.

6.2.3 Causas y Problemas

- Desinterés y desmotivación del usuario interno.



- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
- Alta resistencia al cambio.

6.2.4 Población entidades objetivo

Mediante la autoevaluación se supervisa y se evalúa el desarrollo de las actividades de los diferentes Departamentos, Oficinas y/o servicios de hospital de emergencia "José Casimiro Ulloa".

6.2.5 Alternativas de solución

- Charla motivacional para el personal Evaluador.
- Capacitación para el personal que participara como evaluadores.
- Entrega de Constancias de participación a los Evaluadores

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL POI.

Objetivo PEI	Objetivo General	Acción Estratégica Institucional	Objetivos Específicos
OEI.02 Garantizar el acceso a 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.	Evaluar el cumplimiento del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" con respecto a los estándares nacionales definidos para establecimientos de Categoría III-1 (E) orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.	AEI.02.03. Redes Integradas de Salud, implementadas progresivamente a nivel nacional. AEI.02.04. Atención de Urgencias y Emergencias Médicas, eficiente y oportuna.	OE.1. Realizar la autoevaluación de los Estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de la categoría del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación



ANALISIS FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos con experiencia Existe una Cultura de oportunidad en las dimensiones de valores compartidos y trabajo por la satisfacción del usuario. Personal con deseos de capacitación. Contamos con una oficina en el primer piso frente al hospital y un módulo de orientación en el primer piso dentro del hospital. Disponemos de cinco Computadoras: 03 Pentium IV, y una Pentium III .Estas sirven para soportar el Software de SERQUAL, Clima Organizacional y Acreditación. Una impresora láser para tinta negra. Muebles para CPU e impresora en buen estado. Reuniones de trabajo e informativas mensuales. Apoyo de la mayoría de los servicios y departamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficientes e inadecuados equipos de cómputo (laptop) Mobiliario (sillas, mesas, estantes y repisas) inadecuados e insuficientes. Inadecuada infraestructura 7mo piso, no ofrece condiciones acordes de trabajo. Falta de programas de capacitación en gestión de la calidad. Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de Gestión de la Calidad.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> Concurso de BUENAS PRÁCTICAS de Gestión Públicas y PROYECTOS DE MEJORA OCNTINUA que permiten al HEJCU realizar acciones de mejora que contribuyan a identificar oportunidades de cambio. El acceso a bonificaciones por mejora en el desempeño, indicadores de gestión 2024. Posibilidad de establecer cooperaciones público privadas a través de convenios marco con organizaciones son fines de lucro. 	<ul style="list-style-type: none"> Presupuestos asignados para lagunas actividades de capacitación en el PDP se han reducido con respecto al 2023. La brecha de profesionales especialistas se amplía ante la falta de oferta universitaria para la residencia médica y de enfermería Las dificultades para gestionar la compra, reposición o renovación tecnológica de nuevos equipos biomédicos. Las diferentes modalidades de contratación de personal no permiten la generación de compromiso con la institución.



6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:

6.4.1 Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Costo
OE.1. Realizar la autoevaluación de los Estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de categoría III-1 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de acreditadores internos.	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y acreditadores.	Acta	40	Oficina de Gestión de Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación.	Informe	1	Oficina de Gestión de Calidad
	Comunicación a la DIRIS del inicio de la autoevaluación.	Informe	1	Oficina de Gestión de Calidad
OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluadores y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos.	Matriz de resultados	22	Equipo de Autoevaluación
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	Informe	1	Oficina de Gestión de Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	Informe	1	Oficina de Gestión de Calidad



6.4.2. Costeo de las Actividades por tarea

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Costo	Costo por OE
OE.1. Realizar la autoevaluación de los Estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de categoría III -1 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	S/0.00	S/17,600.00
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1	S/0.00	
	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos.	Resolución Directoral	1	S/0.00	
	Actualización y conformación del equipo de acreditadores internos.	Resolución Directoral	1	S/0.00	
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y acreditadores.	Acta	40	S/17,600.00	
	Planificar el proceso de autoevaluación.	Informe	1	S/0.00	
	Comunicación a la DIRIS del inicio de la autoevaluación.	Informe	1	S/0.00	
OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluadores y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos.	Matriz de resultados	22	S/0.00	S/0.00
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	Informe	1	S/0.00	
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	Informe	1	S/0.00	
TOTAL					S/17,600.00



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA" - 2024

6.4.3. Cronograma de actividades: FORMATO 1: "MATRIZ DE PROGRAMACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES"

Objetivos Específicos	Estructura Programática Operativa		Programación de Metas Físicas				Estructura Programática del Presupuesto				Responsable		
	Actividad Operativa	Unidad de Medida	I Trimestre				Costo por OE						
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre			
OE.1. Realizar la autoevaluación de los Estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de categoría III-1 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado		x				S/0.00				S/0.00	Oficina de Gestión de Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	x					S/0.00				S/0.00	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de evaluadores internos.	Resolución Directoral	x					S/0.00				S/0.00	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de acreditadores internos.	Resolución Directoral	x					S/0.00				S/0.00	Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y acreditadores.	Acta		x				S/17,600.00				S/17,600.00	Oficina de Gestión de Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación.	Informe		x				S/0.00				S/0.00	Oficina de Gestión de Calidad
	Comunicación a la DIRIS del inicio de la autoevaluación.	Informe			x				S/0.00			S/0.00	Oficina de Gestión de Calidad
	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluadores y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos.	Matriz de resultados				x				S/0.00		S/0.00	Equipo de Autoevaluación
OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	Informe				x						S/0.00	Oficina de Gestión de Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	Informe				x						S/0.00	Oficina de Gestión de Calidad



6.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Responsable
OE.1. Realizar la autoevaluación de los Estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de categoría III -1 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	Conformación del Equipo de Acreditación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del Plan de Autoevaluación 2024	Oficina de Gestión de la Calidad
	Reunión Informativa del Plan de Autoevaluación 2024	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación Autoevaluadores internos.	Oficina de Gestión de la Calidad
	Inicio de la Autoevaluación de Estándares por Evaluadores Internos	Oficina de Gestión de la Calidad
	Consolidación de los resultados	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informe de Autoevaluación 2024	Oficina de Gestión de la Calidad

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Responsable
OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación	Presentación de resultados para la implementación de acciones correctivas	Oficina de Gestión de la Calidad
	Supervisión para el mejoramiento continuo de los Macroprocesos	Oficina de Gestión de la Calidad

INDICADORES

OBJETIVO OE.1	OE.1. Realizar la autoevaluación de los Estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de categoría III - 1 en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
Nombre del Indicador 01	% de Cumplimiento del Plan de Autoevaluación
Método de cálculo	$\frac{AP}{APE} \times 100$ <p>AP: Número de actividades programadas ejecutadas APE: Número de actividades programadas</p>
Meta del Indicador	100% de Cumplimiento del Plan de Autoevaluación
OBJETIVO OE.2	OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación.
Nombre del Indicador	% de Cumplimiento de las Recomendaciones Implementadas



Método de cálculo	$RI \times 100$ RT RI: Número de Recomendaciones Implementadas RT: Número de Recomendaciones totales
Meta del Indicador	100% de Cumplimiento del Plan de Autoevaluación

6.5 PRESUPUESTO:

Objetivos Específicos	Presupuesto
Promover la Mejora Continua	S/ 17,000.00

6.6 FINANCIAMIENTO:

El financiamiento del siguiente plan estará a cargo del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

6.7 ACCIONES DE MONITOREO SUPERVISIÓN Y EVALUACION DEL PLAN

6.7.1 Periodo de ejecución:

El siguiente Plan se ejecutará desde el 01 de marzo hasta el 31 de diciembre del año 2024.

6.7.2 Responsabilidades:

De la Oficina de Gestión de la Calidad:

- Define las acciones de planificación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo de Acreditación del establecimiento de salud. Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud. Destina recursos para la realización de la autoevaluación, evaluación externa, y para las acciones de mejoramiento continuo. Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.
- Coordinar con evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud/DIRESA/DIRIS según corresponda.



Del Evaluador:

- Realizar las acciones de evaluación interna según sea el caso.
- Proponer acciones de mejoramiento continuo.
- Emitir un Informe Técnico de Evaluación.
- Rinde cuentas de su desempeño a la Oficina de Calidad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".



VIII EQUIPO DE AUTOEVALUCION (Resolución Directoral N°092-2024-DG-HEJCU).

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DEPARTAMENTO / OFICINA
1	Dra. Karin Lulyana Pérez Segura	Oficina de Gestión de la Calidad
2	Dr. Oscar Roca Valencia	Departamento de Patología Clínica
3	Lic. Miriam Pilar Valencia Cevalco	Departamento de Enfermería
4	Lic. Antonia Clara Chamorro Valverde	Departamento de Enfermería
5	Dr. Rick Hardy Mostacero Montalvo	Departamento de Cirugía
6	Tec. Joel Robert Sanchez Romero	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
7	Dr. Luis Víctor Javier Borger Cáceres	Departamento de Cirugía
8	Dra Ana Luisa Salazar Tuppia	Departamento de Medicina
9	Dr. Enrique Eladio Gutiérrez Yoza	Departamento de Traumatología
10	Lic. Isabel Cristina Flores Romani	Departamento de Enfermería
11	Dr. Robert Angel Quispe Melgar	Departamento de Farmacia
12	Lic. Karla Yuliana Rodas Rios	Departamento de Enfermería
13	Ing. Giancarlos Silva Buitron	Oficina de Estadística e Informática
14	Lic. Paulo César Arias De la Torre	Oficina de Nutrición
15	Lic. Adm. Edith Catalina Soria Tapia	Oficina de Personal
16	Ing. José Luis Pérez Moreno	Oficina de Comunicaciones
17	Tec. Adm. Josefina Lizbet Haydee Loconi Marcos	Oficina de Personal
18	Tec. Adm. Elizabeth Palomino Bieberach	Oficina de Seguros



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA" - 2024

CRONOGRAMA DETALLADO POR MACROPROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2024

FECHA DE EVALUACIÓN	MP Nº	MACRO PROCESO	RESPONSABLE DE MACRO PROCESO HEJCU	EVALUADORES INTERNOS
02/09/2024	1	Direccionamiento	Dra. Karina Arali Vidalon López	Dra. Karin Lulyana Perez Segura Lic. Miriam Pilar Valencia Cevalco
03/09/2024	2	Gestión de Recursos Humanos	Econ. Vicente Rentería Navarro	Ing. Giancarlos Silva Buitrón
04/09/2024	3	Gestión de la Calidad	Dra. Karin Lulyana Pérez Segura	Lic. Karla Yuliana Rodas Rios
05/09/2024	4	Manejo del Riesgo de Atención	Lic. Cecilia Margarita Hurtado Colfer	Dra. Karin Lulyana Perez Segura
06/09/2024	5	Emergencias y Desastres	Lic. Katia Martínez Quiroz	Lic. Antonia Clara Chamorro Valverde
09/09/2024	6	Control de la Gestión y Prestación	Dr. Yannett Reaño	Dr. Robert Angel Quispe Melgar
10/09/2024	7	Atención Ambulatoria	Dr. Enrique Eladio Gutierrez Yoza	Dr. Luis Víctor Javier Borger Cáceres
11/09/2024	9	Atención de Hospitalización	Dr. Manuel Aurelio Vilchez Zaldívar	Dr. Enrique Eladio Gutierrez
12/09/2024	10	Atención Emergencia	Dr. Carlos Luis Honorio Arroyo Quispe	Dra Ana Luisa Salazar Tuppia
13/09/2024	11	Atención Quirúrgica	Dr. Petro Shevchuk Shevchuk	Dr. Rick Hardy Mostacero Montalvo
16/09/2024	12	Docencia e Investigación	Dra. Martha Aguirre Colorado	Lic. Paulo César Arias De la Torre
17/09/2024	13	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Raul Ricardo Araujo Perez.	Dra Ana Luisa Salazar Tuppia
18/09/2024	14	Admisión y Alta	Ing. Giancarlos Silva Buitrón	Dr. Oscar Roca Valencia
20/09/2024	15	Referencia y Contrarreferencia	Dr. Carlos Luis Honorio Arroyo Quispe	Tec. Adm. Josefina Lizbet Haydee Loconi Marcos
23/09/2024	16	Gestión de Medicamentos	Q.F. Enrique Gustavo Urbano Morales	Adm. Edith Soria Tapia
25/09/2024	17	Gestión de la Información	Ing. Giancarlos Silva Buitrón	Dr. Oscar Roca Valencia
26/09/2024	18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	Lic. Zena Alejandrina Villaorduña Martínez	Lic. Isabel Cristina Flores Romani
27/09/2024	19	Manejo del Riesgo Social	Lic. María Luz Cárdenas Velarde	Dr. Oscar Roca Valencia
30/09/2024	20	Manejo de Nutrición	Lic. Nutrición Paulo Arias de la Torre	Sra Elizabeth Palomino Bieberach
01/10/2024	21	Gestión de Insumos y Materiales	Abog. Cristian Alberto Cuyubamba Zacarias	Ing. José Luis Pérez Moreno
02/10/2024	22	Gestión de Equipos e Infraestructura	Arq. Isabel Milagros Ochoa Delgado	Tec. Joel Robert Sanchez Romero



IX.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Borja, A. 2004. Resumen histórico del proceso de acreditación de servicios de salud en el Perú. Documento técnico del Ministerio de Salud del Perú.
2. Becerril- Montekio, JD.Reyes. Sistema de Salud de Chile.2010
3. Carbajal, R., et al. Análisis del objeto y proceso de acreditación en el país desde los grupos de interés. Material de Consultoría al MINSA. 2003.
4. Carboni, H.R. 2004. "Principales orientaciones de algunos modelos de acreditación que hoy se usan en el mundo". Salud y Futuro. Santiago de Chile.
5. Centro de Gestión Hospitalaria. 2000. "Acreditación en Salud: aprendiendo de la experiencia mundial". Bogotá.
6. Consejo Nacional de Descentralización. 2005. Plan de Transferencias Sectorial, quinquenio 2005-2009. Lima.
7. Cosavalente, O.; et al. 2004. La acreditación en seis países industrializados. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
8. 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.
9. Minsa -DECS. 2003. Reunión Técnica, Acreditación en el Perú: Contexto actual y perspectivas. Lima.
10. Minsa –Listado de Estándares de Acreditación Nivel III-1 version 02 -2007.Perú.
11. Norma Técnica N° 050-Minsa/DGSP-V.02-2007.Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo. Perú.
12. RM 270-2009/ Minsa .Guía técnica del evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo.
13. Raúl Francisco Restrepo. Bogotá. 2002 Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud, Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana.
14. Rodríguez- Acreditación en Salud, Normas y Calidad 2013. Colombia.Acreditación en salud .org.co
15. Sanabria Morales -2019 Colombia.. Acreditación en salud : enfoque al usuario y su familia.
16. 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.
17. Ugarte, O. 2004. Exposición "Descentralización en Salud: Mapa Concertado de Competencias en Salud. Lima.
18. Valdés J. ...de salud. Observatorio de buenas prácticas en salud 2013 .Chile. Elaboración y Gestión de documentos para el proceso de Acreditación en salud.

