

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0658 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661**

Sullana, once de julio del dos mil veinticuatro

**VISTO:**

El Nota Informativa N° 355-2024/ HAS-430020165, de fecha diez de julio del año dos mil veinticuatro, emitido por la jefatura de Gestión de Calidad, y con proveído favorable de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo al Nota Informativa N° 355-2024/ HAS-430020165, de fecha diez de julio del año dos mil veinticuatro, la jefatura de Gestión de Calidad solicita a la Dirección Ejecutiva, proyectar el Acto Resolutivo para la aprobación del "Plan de autoevaluación para la Acreditación de Establecimiento de Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024", y con proveído N° 3084, de fecha diez de julio del año dos mil veinticuatro, la Dirección Ejecutiva autoriza proyectar Acto Resolutivo del plan;

Que, de acuerdo al artículo 2 de la Ley N° 26842, Ley General del Salud, fecha quince de julio del mil novecientos noventa y siete, establece "Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplen con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales. Sumado a ello, toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando lo necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud;

Que mediante Decreto Supremo N° 036-2003-SA, se definen los criterios técnicos para la 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, el cual establece como compromiso de mejora la Ficha Técnica N° 44-2024: "Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de Salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud del Convenio de Gestión año 2024";

Que, en el artículo 13° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha dieciséis de mayo del dos mil quince, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal. Teniendo como una de sus funciones asesorar en el desarrollo del proceso de acreditación, según las normas que establezca el Ministerio de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha veinticinco de abril de dos mil nueve, se aprobó la guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, donde se describe los pasos de la autoevaluación, las responsabilidades y competencias del evaluador interno. Además, como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros ;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", seis de junio de dos mil siete, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos" y en la primera Disposición General se señala, que el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y competencias del evaluador interno;

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0658 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661**

Sullana, once de julio del dos mil veinticuatro

Que, mediante RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0635 -2024-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661, de fecha diez de julio del dos mil veinticuatro, aprueba la actualización del "EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 PARA EL PERIODO 2024"

Que, la finalidad del "Plan de autoevaluación para la Acreditación de Establecimiento de Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024", es implementar y fortalecer el sistema de Gestión de la Calidad de nuestra institución mediante el Proceso de Autoevaluación, cumpliendo con un mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos en los Macroprocesos, para que estos se desarrollen de forma continua en todos los servicios del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Encaminándonos a la acreditación Nacional y a la mejora continua de la calidad;

Que, en mérito al plan emitido por la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana y en cumplimiento a la normatividad vigente se hace necesario proceder a realizar la Resolución correspondiente;

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha dieciséis de mayo del dos mil quince, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0622-2023/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha veinte de julio del dos mil veintitrés, que resuelve designar a la médica **MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**, en el cargo de Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.- APROBAR**, el "Plan de autoevaluación para la Acreditación de Establecimiento de Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – 2024", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

**ARTICULO 2°.- DISPONER**, a la Oficina de Gestión de Calidad, el cumplimiento del plan de trabajo, de acuerdo a la normativa vigente.

**ARTICULO 3.- DISPONER**, que la Unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**ARTICULO 4.- NOTIFICAR**, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, , la Oficina de Gestión de Calidad.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.**

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
  
Mg. María Eugenia Gallosa Palacios  
DIRECTORA EJECUTIVA  
CMP 29749 RNE. 22014

MEGP/JGRC/jacv



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital De Apoyo II-2 Sullana



HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA

Tu Salud es Nuestra Prioridad



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA 2024

Elaborado por el equipo de evaluadores Internos y la oficina de Gestión de la calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.



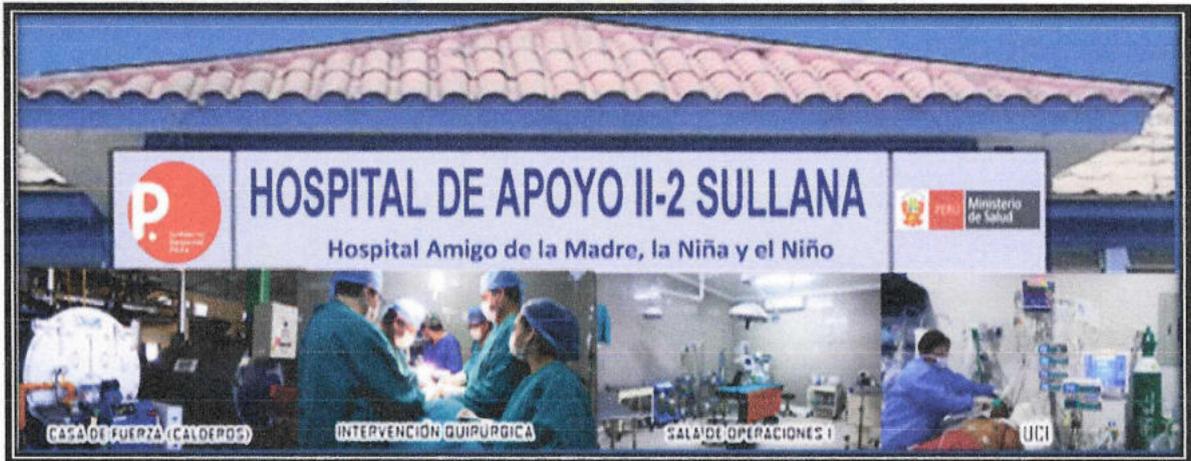
Oficina de Gestión de la Calidad  
Mail: [hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe](mailto:hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe)  
[www.hospitalsullana.gob.pe](http://www.hospitalsullana.gob.pe)



HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA



*Tu Salud es Nuestra Prioridad*

**2024**





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024

## RESPONSABLES

**MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS**  
Directora Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana



**MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA**  
Supervisor de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**LIC. ADM. LOURDES DEL PILAR HERRERA MENDOZA**  
Encargada del área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana

**EQUIPO DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.**

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.**

HOSPITAL APOYO II-2  
SULLANA

*Tu Salud es Nuestra Prioridad*

PIURA-PERÚ 2024



INDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	JUSTIFICACIÓN .....	5
III.	FINALIDAD: .....	6
	OBJETIVOS .....	7
4.1	OBJETIVO GENERAL .....	7
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
V.	ALCANCE .....	7
VI.	BASE LEGAL .....	7
VII.	DISPOSICIONES GENERALES: .....	8
7.1.	DEFINICIONES OPERATIVAS: .....	8
7.2.	CONCEPTOS BASICOS: .....	8
7.3.	REQUERIMIENTOS BASICOS.....	10
7.4.	ESTRATEGIAS.....	10
VIII.	METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN.....	10
8.1.	Técnicas de evaluación empleadas durante la autoevaluación: .....	10
8.2.	Pasos para la evaluación interna: .....	11
XI.	PRESUPUESTO .....	14
XII.	ANEXOS: .....	14

*Tu Salud es Nuestra Prioridad*



### PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN DE EE.SS

#### I. INTRODUCCIÓN

La Ley general de salud, en el artículo N° 37, 38, 42 establece cumplir con la acreditación, así mismo el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el artículo N° 101 la favorece.

En ese sentido el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa la Autoevaluación de las instituciones prestadoras de salud, con la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Uno de los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable, siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño en una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

El proceso de acreditación es una importante herramienta para la sostenibilidad del sistema de Gestión de la calidad, con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad, comparando el desempeño de nuestra institución como prestadora de salud, con la mayoría de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

La Autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud (PAES), que consiste en la evaluación periódica 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 de la atención de la salud. Se medirá a los EESS seleccionados, que realizan autoevaluación del PAES, con los estándares establecidos en la norma vigente.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El proceso de Acreditación se norma a través de la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la "NTS para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA Volumen II, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-2 y Servicios Médicos de Apoyo.

El primer paso dentro de la acreditación es el proceso de autoevaluación. Esta la realiza un equipo de evaluadores internos que se organizarán tomando como referencia los diferentes Macroprocesos del instrumento antes mencionado, hará uso de las diferentes técnicas de evaluación, verificará que todos los Macroproceso se desarrollen acorde a los estándares de acreditación, determinando su nivel de cumplimiento e identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, finalizando con el informe técnico de evaluación.

El evaluador interno contará con las facilidades necesarias para que realice su labor con autonomía e imparcialidad, evitando conflictos de intereses, estableciendo comunicación respetuosa con los evaluados, guardando la confidencialidad cuando se trate de información reservada y estará dispuesta a asumir las responsabilidades que se consignan en la guía técnica del evaluador.

El proceso de autoevaluación es la fase de inicio para la acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con la capacitación y entrenamiento oportuno, en base al perfil indicado en la Norma Técnica 050-MINSA/DGSP.V2.0 "Norma técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y Servicios médicos de apoyo", aprobado con Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, quienes aplicaran en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana el instrumento: Listado de estándares de acreditación para establecimientos de Salud con categoría II-2.

Asimismo, el presente Plan de Autoevaluación se consigna como un instrumento para orientar los procesos y actividades de la autoevaluación en el marco del proceso de acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

## II. JUSTIFICACIÓN

La Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de Calidad. En ese sentido la implementación del Proceso de Acreditación de EESS en su primera fase la Autoevaluación en la cual un equipo institucional de evaluadores internos aplica periódicamente el listado de estándares de acreditación correspondiente a su categoría, permite determinar el nivel de cumplimiento de estándares e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora en el EESS.

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia, la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Observando la Grafica N°01 los resultados de las autoevaluaciones realizadas en los años anteriores 2020-2023, alcanzo en el año 2023 el 77.33% como resultado final con una Calificación de No Aprobado. Para el presente Año 2024 se logra incrementar los resultados respecto al año anterior con un 5% más del puntaje obtenido.

Grafico N°01 Resultados de Autoevaluación 2020-2023



La evaluación Periódica del cumplimiento de estándares de acreditación, tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de la salud y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, así como el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios del EESS, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el EESS cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad.

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana, en cumplimiento de su misión y visión, comprometidos en brindar una atención oportuna, eficiente y con calidad, centrada en la persona, familia y comunidad, ha elaborado el presente plan con la finalidad de obtener un basal de los procesos que se vienen realizando, realizar acciones de mejora continua, cumplir con los estándares establecidos de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, lograr un desarrollo armónico de los servicios y solicitar la evaluación externa para obtener la condición de establecimiento de salud acreditado.

El presente Plan contempla el desarrollo del Proceso de Autoevaluación 2024 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aplicando manuales e Instrumentos establecido para el proceso de Acreditación del MINSA, como la Norma Técnica de Salud N° 050- MINSA/DGSP-V.02 "Listado de Estándares para la Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-2", la Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y SMA, que permitirán la calificación por Macroprocesos del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, determinar su nivel de cumplimiento, identificar problemas a ser subsanados e implementar acciones de mejora y el monitoreo constante de los criterios, que permitan obtener la acreditación institucional

!!! **FINALIDAD:**

Implementar y fortalecer el sistema de Gestión de la Calidad de nuestra institución mediante el Proceso de Autoevaluación, cumpliendo con un mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos en los Macroprocesos, para que estos se desarrollen de forma continua en todos los servicios del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Encaminándonos a la acreditación Nacional y a la mejora continua de la calidad.



#### IV. OBJETIVOS

##### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de los estándares de acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Desarrollar actividades para la Autoevaluación Institucional establecidas en cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes Macroprocesos establecidos en las Normas Técnicas de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA.

##### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Objetivo Específico 1:** Contar con Equipo de Evaluadores Internos conformados oficialmente y entrenados en las Normas Técnicas de Acreditación del MINSA.
- **Objetivo Específico 2:** Desarrollar la Autoevaluación institucional por Macroprocesos según las Normas Técnicas de Salud, para Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- **Objetivo Específico 3:** Desarrollar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en las Normas Técnicas de Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA.

#### V. ALCANCE

El presente Plan tiene alcance a todas las Unidades Orgánicas Asistenciales y Administrativas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

#### VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Decreto Legislativo N° 1161.
- Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA. Aprueba el reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006 que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA. Aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V-02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA. "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".

- Resolución Ministerial N° 727-2009/MiNSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, aprueba las "Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 463-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N° 635-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

## VII. DISPOSICIONES GENERALES:

El proceso de Acreditación dispone de dos fases la evaluación interna y evaluación externa.

### 7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS:

- **Evaluador Interno:** es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- **Evaluador Externo:** es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de acreditación.
- **Macroproceso:** es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.
- **Proceso:** conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Trazabilidad:** conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

### 7.2. CONCEPTOS BASICOS:

**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.

**Gestión de la Calidad:** es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

**Mejoramiento Continuo de la Calidad:** es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

**Planificación de la Calidad:** es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.



**Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

**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.

**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.

**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.

**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.

### 7.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

#### 7.3.1. RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA ACREDITACIÓN

- Evaluadores seleccionados y capacitados
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 HASTA III-1 y servicios médicos de apoyo.
- Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.
- Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados.

#### 7.4. ESTRATEGIAS

- Presentar el Plan al Comité de Gestión y Jefes de Servicios y Unidades.
- Organizar y delegar la responsabilidad de autoevaluación vía Resolución Directoral al equipo de autoevaluación interna.
- Capacitar al equipo de autoevaluación interna.
- Comprometer a los Evaluadores responsables de los Macroprocesos, bajo plazos, a realizar la ejecución y su respectivo reporte.

## VIII. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

Para el desarrollo del plan de autoevaluación se utilizan además de las reuniones presenciales, comunicación audiovisual, telegestión, entre otras herramientas informáticas.

El evaluador trabajará en estrecha coordinación con la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Jefaturas de las unidades orgánicas, coordinadores responsables de programas que realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Luego de la Conformación de los Equipos de evaluadores Internos, se procederá con la capacitación concerniente a la Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Guía Técnica del Evaluador, Listado de estándares nacionales de acreditación y referencias normativas, en donde se proporcionará las Hojas de Registro de Datos de Autoevaluación y la Hoja de Recomendaciones.

#### 8.1. Técnicas de evaluación empleadas durante la autoevaluación:

- Revisiones documentarias: Se realiza la verificación del material a evaluar.
- Auditorías: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiende a las normas o criterios preestablecidos.
- Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

- Observaciones: Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Muestras: Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados son generalizados a toda la población accesible (aleatorio simple de 10 muestras).

## 8.2. Pasos para la evaluación interna:

- 1°. Programar la autoevaluación del Hospital de apoyo II-2 Sullana.
- 2°. Conformar el equipo de acreditación por la dirección ejecutiva y emitir la Resolución directoral respectiva.
- 3°. Conformar el equipo de evaluadores Internos por la oficina de gestión de la calidad con personal con conocimiento y capacitado, cuyo equipo deberá ser aprobado con Resolución Directoral.
- 4°. Elaborar y aprobar el Plan de Autoevaluación: donde se consigna al (los) Jefe (s) y/o responsables de servicio/ área/ departamento que interactúan con los evaluadores internos, así como las actividades a desarrollarse en la evaluación interna. Es elaborado por la Oficina de gestión de la calidad y es aprobado por la Dirección General.
- 5°. Capacitar a los evaluadores Internos, y el(los) jefe(s) y/o responsables de servicio/área/Departamento sobre las actividades a realizarse en la autoevaluación. Revisando el listado de estándares de acreditación para establecimientos de Salud con categoría II-2, y se explican los siguientes puntos:
  - La importancia que el equipo de evaluación identifique las fuentes auditables y desarrolle los soportes que puedan encontrarse en la institución previo a la evaluación. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
  - Durante la evaluación interna lo recomendable es leer el objetivo del Macroproceso, luego el estándar, los atributos relacionado y el criterio que se quiere calificar, y preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
  - Del punto anterior, también hay que tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del Macroproceso, con los atributos de calidad y con

las referencias normativas, no solo las emitidas por la autoridad sanitaria Nacional y de los diferentes sub sectores que se presentan en el listado con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención. En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de servicio/área/departamento evaluados por cada Macroproceso.

- La selección de un responsable al interior del equipo evaluador para sistematizar todas las fuentes auditables por cada Macroproceso. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores Internos.
- Los evaluadores Internos que interactúan con los equipos de trabajo revisan, analizan y discuten conjuntamente qué tan efectivamente se está trabajando, y se compara el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación contemplados en el listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con categoría II-2.
- La calificación de cada criterio del estándar será por consenso del equipo evaluador y comunicará a los evaluados a término de cada criterio, dándole la oportunidad de levantar el puntaje en caso de ser posible. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el listado de estándares por Establecimientos de salud con Categoría II-2.
- Los hallazgos se consignarán por el equipo evaluador en la Hoja de Registro de datos para Autoevaluación, que servirá de insumo para el informe de Autoevaluación.
- Realizar una visita a las instalaciones por los equipos evaluadores:
- Cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del Hospital en su totalidad.
- El equipo evaluador debe ir acompañado del(los) jefe(s) y/o responsable(s) de servicio/área/departamento, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al



Paciente de acuerdo con la misión y los valores del Hospital de Apoyo II-2 Sullana. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los Usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.

- 6°. Se realiza la reunión de apertura con el propósito de generar un espacio de coordinación de la alta Dirección, el(los) jefe y/o responsable del servicio/área/departamento, los evaluadores internos, y los trabajadores que puedan asistir de manera voluntaria. Se presenta los objetivos de la evaluación, el equipo evaluador, se confirma el cronograma de actividades de la autoevaluación, y se solicita a los evaluados facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.
- 7°. Se ejecuta el Plan de Autoevaluación que comprende la realización de la evaluación interna de acuerdo a las acciones planificadas en los términos previstos en el plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluadores designados, quienes deben interactuar.
- 8°. Se Realiza la Reunión de cierre para presentar los resultados obtenidos en la Autoevaluación y presentar las recomendaciones mayores. Aplicación de la Segunda y/o siguientes Autoevaluaciones: esta nueva evaluación interna se da cuando no se alcance el puntaje aprobatorio igual o mayor al 85%, y por una vez al año.

En el caso que la organización obtuviera el puntaje aprobatorio en la evaluación interna se solicitará la evaluación externa a la entidad correspondiente hasta que se obtengan los niveles deseados. Los procesos que no logren el 85% de cumplimiento, se les brindara apoyo y asesoría para identificar los problemas y necesidades que con llevaran a la elaboración de Proyectos de Mejora, el mismo que será socializado con las recomendaciones brindadas. Se entregará las observaciones y correcciones a los jefes de los órganos del Hospital, para contribuir a la elaboración de los proyectos de Mejora.

- 9°. Se elabora el Informe de Autoevaluación con los hallazgos registrados en la "Hoja de registro de Datos para Autoevaluación", y con las recomendaciones registradas en la "Hoja de Recomendaciones". Estas han sido definidas junto a los jefes y/o responsables de servicio/área/departamento en el momento de la evaluación, lo que Permitirá que las jefaturas cuenten con un registro de recomendaciones al momento de implementar las acciones que haga cumplir con cada criterio del listado de estándares. El informe de autoevaluación será remitido a la Dirección ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

#### IX. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

La Oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el inicio del proceso de autoevaluación y esta instancia a su vez comunicará a la Dirección Regional de Salud Piura.

La oficina de Gestión de la Calidad deberá remitir el Informe Técnico Final de Autoevaluación correspondiente.

**X. DISPOSICIONES FINALES**

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024, debe contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva, mediante Resolución Directoral.

La Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2024.

La Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, evaluará y priorizará las sugerencias del Informe Técnico de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

La Dirección Ejecutiva del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá promover la consecuente implementación de Planes de mejora continua según las recomendaciones priorizadas de los informes técnicos de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

**XI. PRESUPUESTO:**

El presente plan no demandará gasto presupuestal adicional a los ya considerados en el plan Operativo Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad.

**XII. ANEXOS:**

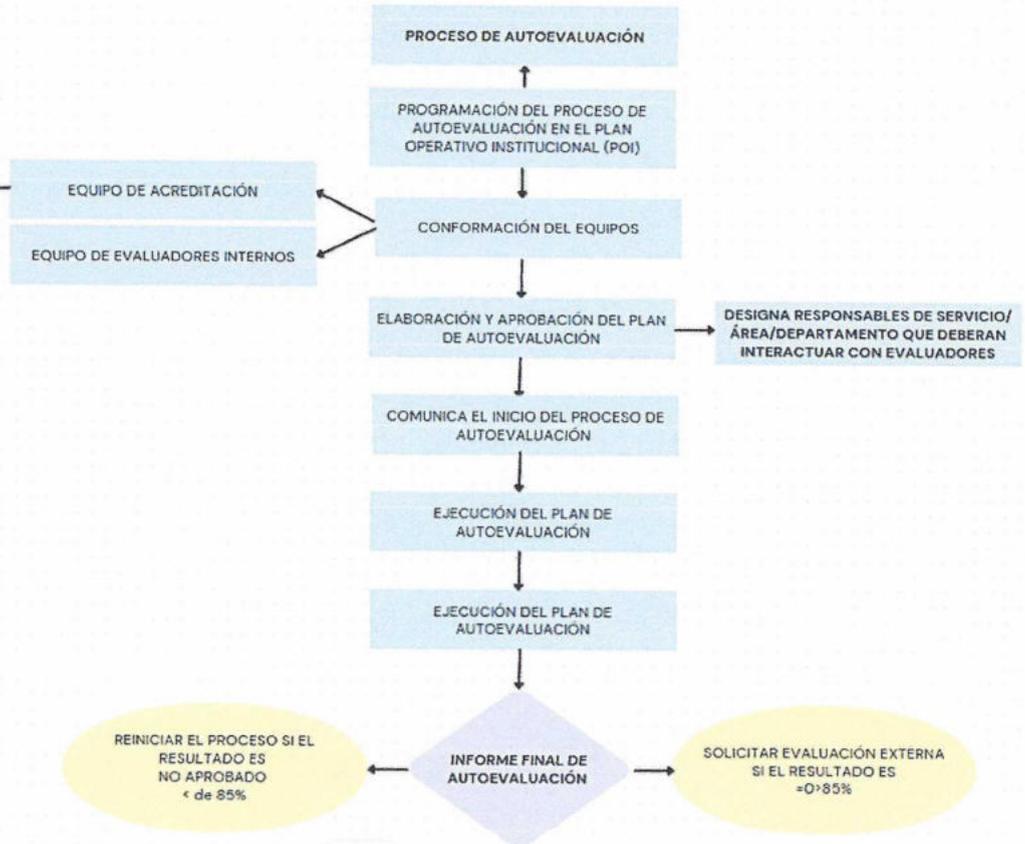
- Anexo 01 Flujograma de Autoevaluación.
- Anexo 02 Grupo de Macroprocesos.
- Anexo 03 Estándares y Criterios de Autoevaluación para Acreditación Nivel II-2
- Anexo 04 Equipo de Evaluadores
- Anexo 05 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación A
- Anexo 06: Cronograma de Actividades para la Evaluación B
- Anexo: Hoja de registro de datos para Autoevaluación.
- Anexo : Hoja de Registro de Observaciones



ANEXO 01

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

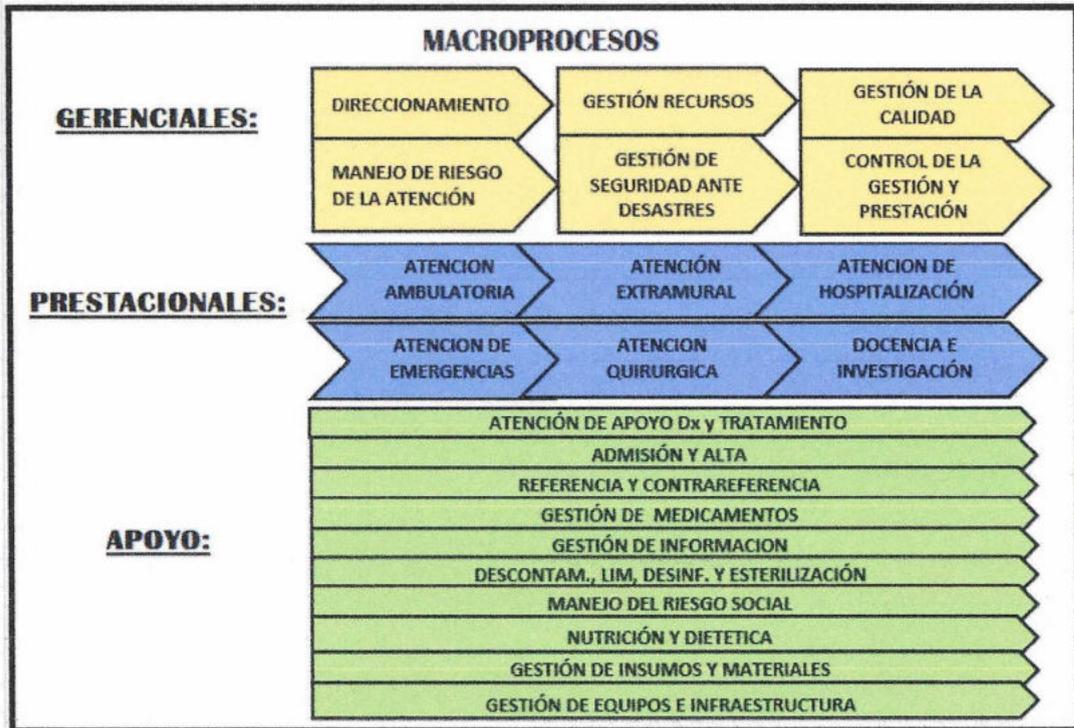
FLUJOGRAMA



Tu Salud es Nuestra Prioridad

ANEXO 02:

GRUPO DE MACROPROCESOS



HOSPITAL APOYO II-2  
SULLANA

*Tu Salud es Nuestra Prioridad*



ANEXO N°03:

**ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN NIVEL II-2**

Macroprocesos		Criterios a Evaluar
1	Direccionamiento	11
2	Gestión de recursos humanos	11
3	Gestión de la calidad	22
4	Manejo del riesgo de atención	50
5	Gestión de seguridad ante desastres	21
6	Control de la gestión y prestación	15
7	Atención ambulatoria	14
8	Atención extramural	0
9	Atención de hospitalización	26
10	Atención de emergencias	14
11	Atención quirúrgica	24
12	Docencia e Investigación	14
13	Apoyo diagnóstico y terapéutico	11
14	Admisión y alta	16
15	Referencia y contrareferencia	10
16	Gestión de medicamentos	15
17	Gestión de la información	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17
19	Manejo del riesgo social	6
20	Nutrición y dietética	10
21	Gestión de insumos y materiales	8
22	Gestión de equipos e infraestructura	12
<b>Total</b>		<b>341</b>



ANEXO N°04

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

N°	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO
MACROPROCESOS GERENCIALES	1	DIRECCIONAMIENTO LIC. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA. (E. LÍDER) LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA ABOG. ROSA ELIZBET JUAREZ HERRERA MED. LAURA PAOLA VARGAS LEIVA LIC. C.C. YESEYRA CONSUELO PRADO PÉREZ. ECON. JOSÉ GERARDO RIOFRIO CASTILLO ING. FREDDY ARMANDO RIVERA MONTERO MED. NELSON ERICK CARRASCO CASTILLO.	Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de Riesgo de Desastre, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Dpto. Gineco - Obstetricia.
	2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS MED. NELSON ERICK CARRASCO CASTILLO (E. LÍDER) DRA. ENF. JUANA ELSY ARRESTEGUI ALCÁNTARA. ING. FREDDY ARMANDO RIVERA MONTERO. MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA. ABOG. ROSA ELIZBET JUAREZ HERRERA.	Unidad de Recursos Humanos, Área de Capacitaciones, Bienestar Social, Área de Salud Ocupacional.
	3	GESTIÓN DE LA CALIDAD ING. FREDDY RIVERA MONTERO. (E. LÍDER) BACH. ING. MARIO ISIDRO CURAY CHANG MG. MARINA SOLEDAD MOROCHO CHUQUICHANCA LIC. C.C. YESEYRA CONSUELO PRADO PÉREZ.	Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de Recursos Humanos (Clima Organizacional), Oficina de Imagen Institucional y Relaciones Públicas, Oficina de Planeamiento Estratégico, Admisión y Alta, Dpto. de Consultorios Externos.
	4	MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN ECON. KARIN JANET CAMPOS CARREÑO LIC. ADM. CECILIA HORTENCIA LEIGH RÍOS AUX. ADM. JACKELINE GUIOVANA BORASINO GUTIERREZ LIC. ENF. NOEMÍ MARTINA OLAYA TALLEDO.	Dpto. de Enfermería, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Oficina de Imagen Institucional y Relaciones Públicas, Dpto. de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Servicio de Nutrición, Servicio de Farmacia, Dpto. de Diagnóstico por Imágenes, Unidad de Servicios Generales, Área de Salud Ocupacional.
	5	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES LIC. NUT. MARTHA MARIA DE JESÚS VILLAREAL BANCAYAN (E. LÍDER) LIC. NUT. SYVIL MILAGROS VALDIVIA ORBE ING. JONATTAN VASQUEZ RODRÍGUEZ	Coordinación de Operaciones de Emergencia, Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos, Unidad de Servicios Generales Y mantenimiento, Servicio de Farmacia, Oficina de Gestión de la Calidad (Seguridad del Paciente).
	6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN MED. MARIA EUGENIA GOLLOSA PALACIOS (E. LÍDER) ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA BACH. ADM. AYDEE REYES ARÉVALO MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO	Oficina de Administración, Unidad de Seguros, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad (Seguridad del Paciente).
MACROPROCESOS PRESTACIONALES	7	ATENCIÓN AMBULATORIA LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN. (E. LÍDER) MG. ENF. ANA CERDAN VARGAS. MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO LIC. C.C. YESEYRA CONSUELO PRADO PEREZ MED. RAFAEL PICHARDO RODRIGUEZ LIC. NUT. MARTHA MARIA DE JESUS VILLAREAL BANCAYAN Q.F. ANALI DEL CARMEN OJEDA GARCIA MED. CESAR AGUILAR LIZARRAGA ING. MARCO RIQUELME CARRASCO CHORRES MED. LAURA PAOLA VARGAS LEIVA	Dpto. de Consultorios Externos, Unidad de Estadística e Informática, Oficina de Gestión de la Calidad (Plataforma de Atención al Usuario), Oficina de Imagen Institucional y Relaciones Públicas.

MACROPROCESOS DE APOYO	9	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA (E. LÍDER) LIC. ADM. JOSÉ RICARDO JIMÉNEZ SANTANA MED. JHOSELY MILAGROS ESTRADA VÁSQUEZ. ECON. JOSÉ GERARDO RIOFRIO CASTILLO LIC. PILAR VILLALTA ESPINOZA LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA.	Departamento de Medicina, Departamento de Cirugía, Departamento de Pediatría, Departamento de Gineco-Obstetricia
	10	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	MED. ELIANA GARCÍA TORRES. (E. LIDER) MED. HUGO DAVID AGURTO COVEÑAS LIC. ENF. MARÍA SILVIA MORALES CHÁVEZ. LIC. ERICKA ALEMÁN CASTRO LIC. JULLIAN JUDITH RUIZ GONZAGA	Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos, Unidad de Recursos Humanos (Área de Capacitaciones), Oficina de Imagen Institucional y Relaciones Publicas.
	11	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN (E. LIDER) MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO. MED. KENIA JENNIFER LLAGAS CHAVEZ LIC. ENF. LILIANA PALACIOS HERRERA LIC. ENF. PRISCILA MORE APARICIO DR. LÁZARO ALBERTO RODRÍGUEZ FRÍAS LIC. ENF. GLADYS LETICIA FIGUEROA ESCURRA LIC. ENF. IRINA XENIA CARRILLO SERNAQUE MED. MARTHA CAROLINA SILVA MARROQUÍN LIC. ENF. DIANA GARCÍA OLIVARES MED. JOSÉ EDGARDO OÑA GIL MED. FERNANDO RICARDO CRUZ DIOSES OB. VICTORIA MEDELINY TINEO ZAPATA LIC. ENF. ELIDA TINEO DE ARCELA	Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico.
	12	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.	MED. JEREMY LETICIA ATOCHA RUIZ (E. LÍDER) MED. KARINA NELLY PARRA PANDURO LIC. NELLY CASTILLO FIGUEROA LIC. KATHERINE ARLET MERINO MORALES LIC. KELLY VIVIANA CARRILLO SOSA ECON. KARIN JANET CAMPOS CARREÑO LIC. ADM. CECILIA HORTENCIA LEIGH RÍOS LIC. C.C. YESEYRA CONSUELO PRADO PÉREZ.	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
	13	APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	LIC. OBST. BLANCA ISABEL FASSIO SAAVEDRA. (E.LÍDER) LIC. OBST. DELLANIR ANGELY GARCÍA RAMOS. LIC. ADM. YURI MAYBET NAVARRO CASTRO.	Dpto. de Diagnóstico por Imágenes, Dpto. de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Dpto. de Apoyo al Tratamiento (Servicio de Farmacia, Servicio de Nutrición, Servicio Social, Psicología).
	14	ADMISIÓN Y ALTA	MED. RAFAEL PICHARDO RODRÍGUEZ. (E. LÍDER) TEC. LAB. LORENA PRIETO SUAREZ MED. RAD. CÉSAR AGUILAR LIZÁRRAGA LIC. NUT. MARTHA MARIA DE JESÚS VILLAREAL BANCAYAN LIC. T.S.MARIZOL MÉNDEZ CASTAÑEDA.	Unidad de Estadística e Informática, Dpto. de Enfermería, Oficina de Gestión de la Calidad, Dpto. de Consultorios Externos.
	15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	ING. FREDDY ARMANDO RIVERA MONTERO (E. LÍDER) LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN LIC. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA ABOG. ROSA ELIZBET JUAREZ HERRERA MED. NELSON ERICK CARRASCO CASTILLO	Coordinación de Referencia y Contrareferencia.
	16	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	DRA. JUANA ELSY ARRESTEGUI ALCÁNTARA. (E. LÍDER) LIC. ADM. GUISSOLA PAOLA TACAYAMA ARICA	Servicio de Farmacia
	17	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	LIC. ADM. MANUEL CLODOALDO CHÁVEZ CONCHA. (E. LÍDER) LIC. ADM. JHOSSY LUI ARELLANO ACERO LIC. ADM. JHONATHAN KENET MERINO ALAMA	Unidad de Estadística e Informática, Unidad de Recursos Humanos (Clima Organizacional), Oficina de Imagen Institucional y Relaciones Públicas.
	18	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN.	LIC. T.S. MARIZOL MÉNDEZ CASTAÑEDA. (E. LÍDER) LIC. T.S. ELSA HAYDEE RAMOS PARICAHUA.	Central de Esterilización, Unidad de Servicios Generales Y mantenimiento, Área de Salud Ocupacional, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

19	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	ING. MARCOS RIQUELME CARRASCO CHORRES. (E. LÍDER) ING. PAMELA SIANCAS VALLADARES MD. ELIANA GARCÍA TORRES MED. HUGO DAVID AGURTO COVEÑAS LIC. ENF. ISABEL FERNÁNDEZ SANTA MARÍA. LIC. SANDRA DE LOS MILAGROS MONTERO Saldarriaga LIC. CAROL VIVIANA CRUZADO MIAHUANGA.	Servicio Social
20	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	ECON. JOSÉ GERARDO RIOFRIO CASTILLO (E. LÍDER) LIC. ADM. ELIA CAROLINA DE LA CRUZ ROMÁN ABOG. VLADIMIR GASTÓN CRISANTO REYES ING. MARCOS RIQUELME CARRASCO CHORRES ING. PAMELA SIANCAS VALLADARES	Servicio de Nutrición
21	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	BACH. ADM. AYDEE REYES ARÉVALO (E. LÍDER) LIC. OBT. MILAGROS RAMÍREZ MENDOZA MED. JEREMY LETICIA ATOCHA RUIZ ING. MARCOS RIQUELME CARRASCO CHORRES Q.F. ANALI DEL CARMEN OJEDA GARCÍA.	Unidad de Logística
22	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	Q.F. ANALI DEL CARMEN OJEDA GARCÍA. (E. LÍDER) Q.F. DANIEL ANTONIO VELÁSQUEZ QUINTANA.	Unidad de Servicios Generales Y mantenimiento, Oficina de Planeamiento Estratégico (Resp. de Proyectos de Inversión), Unidad de Patrimonio.



**HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA**

*Tu Salud es Nuestra Prioridad*

**ANEXO N°05: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "A"**

ACTIVIDADES		TAREAS	U.MEDID A	CRONOGRAMA "A" DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN POR EL EQUIPO EVALUADOR INTERNOS:															
				MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
				Semana 1°	Semana 2°	Semana 3°	Semana 4°	Semana 1°	Semana 2°	Semana 3°	Semana 4°	Semana 1°	Semana 2°	Semana 3°	Semana 4°	Semana 1°	Semana 2°	Semana 3°	Semana 4°
Conformación de los equipos de evaluadores Internos.	Elaborar listado de evaluadores	Resolución Directoral	X																
Designación de coordinador de cada grupo de evaluadores Internos (Los equipos elegirán a un coordinador).	Realizar coordinaciones a nivel de Grupo de Macroproceso	Reunión	X																
Monitoreo del levantamiento de observaciones e implementación de documentos de gestión.	Verificar el cumplimiento a todas las áreas.	Nota Informativa	X																
Socialización de la fase de autoevaluación y listado de estándares de acreditación en el HAS II-2.	Hacer conocimiento a todas las áreas.	Nota Informativa			X														
Capacitación de Evaluadores Internos.	Capacitación referente a la Norma Técnica de Acreditación de EE.SS	Relación de Participantes					X												
Elaboración del Plan de Autoevaluación	Elaboración y Formulación	Plan Elaborado					X												
Aprobación del Plan de Autoevaluación con RD - Remitir a Direcc	Aprobación con acto resolutorio	Resolución Directoral					X												
Presentación y Socialización del Plan de Autoevaluación a los servicios/áreas/departamentos.	Socializar Plan de Autoevaluación	Nota Informativa								X									
Revisión del Listado de Estándares, definición de los tientes Auditables y preparación de	Revisión y verificación del listado de estándares.	Reunión											X	X					

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Vº Bº  
OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Vº Bº  
OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Vº Bº  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
Vº Bº  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN

HOSPITAL DE SULLANA  
Vº Bº  
SUPERVISOR OF. PLANEAMIENTO ESTRATEGICO





### ANEXO N°06:

CRONOGRAMA "B" DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN POR EL EQUIPO EVALUADORES INTERNOS:						
RESPONSABLE POR SUB EQUIPOS	MACROPROCESOS	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	MESES			Áreas Involucradas
			Sept.	Oct.	Nov.	
Bach. Adm. Aydee Reyes Arévalo	DIRECCIONAMIENTO	Lic. Adm. Pilar Villalita Espinoza. (Evaluador Líder) Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera Abog. Rosa Elizabet Juarez Herrera Med. Laura Paola Vargas Leiva Lic. C.C. Yeseyra Consuelo Prado Perez Econ. José Gerardo Riofrio Castillo ING. Freddy Armando Rivera Montero Med. Nelson Erick Carrasco Castillo				Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de Riesgo de Desastre, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Dpto. Gineco - Obstetricia.
	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Med. Nelson Erick Carrasco Castillo (Evaluador Líder) Dra. Enf. Juana Elisy Arresegui Alcantara. Ing. Freddy Armando Rivera Montero. Mg. Adm. Pilar Villalita Espinoza. Abog. Rosa Elizabet Juarez Herrera				Unidad de Recursos Humanos; comité de salud ocupacional, área de Capacitaciones, Bienestar Social, Salud Ocupacional.
	GESTIÓN DE CALIDAD	Ing. Freddy Rivera Montero. (Evaluador Líder) Bach. Ing. Mario Isidro Cury Chang Econ. Karín Janet Campos Carreño Lic. C.C. Yeseyra Consuelo Prado Perez				Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de recursos humanos (clima organizacional), Imagen Institucional, consulta externa, emergencia y Hospitalización.
	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN	Econ. Karín Janet Campos Carreño (Evaluador Líder) Lic. Adm. Cecilia Hortencia Leigh Ríos Aux. Sist. Adm. Jackeline Guiovana Borasino Gutierrez Lic. Enf. Noemi Martina Olaya Talledo.				Oficina de Gestión de la calidad, Oficina de epidemiología (comité de bioseguridad), Dpto. de Enfermería, Imagen Institucional, servicios de apoyo, Unidad de servicios generales, Área de salud ocupacional, Dpto. de cirugía y Gineco-obstetricia.
	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	Lic. Nut. Martha María de Jesús Villareal Bancayan Lic. Nut. Sybil Miliagros Valdivia Orbe Ing. Jonattan Vasquez Rodriguez				Oficina de Coordinación de Operaciones de Emergencias-COE, servicio de farmacia, Unidad de servicios generales.
	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	Med. María Eugenia Golloso Palacios (Evaluador Líder) Econ. Jorge Saavedra Guevara Bach. Adm. Aydee Reyes Arévalo Med. José Gustavo Rivas Afazco				Oficina de Administración, Unidad de seguros, Oficina de planeamiento estratégico, Oficina de Gestión de la calidad.
	ATENCIÓN AMBULATORIA	Lic. Enf. Rosa Virginia Ortiz De Guzmán. (Evaluador Líder) Mg. Enf. Ana Cerdan Vargas. Med. José Gustavo Rivas Afazco Lic. C.C. Yeseyra Consuelo Prado Perez Med. Rafael Pichardo Rodriguez.				Departamento de Consultorios Externos y Hospitalización, Unidad de estadística e informática, Plataforma de atención al usuario, Imagen institucional.



		Enero	Feb.	marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost.	Sept.	Oct.	Nov.	
<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>  <b>GESTIÓN DE MEDICAMENTOS</b>  <b>GESTIÓN DE INFORMACIÓN</b>  <b>DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN</b>  <b>MANEJO DEL RIESGO SOCIAL</b>  <b>MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES</b>  <b>GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES</b>  <b>GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA</b>	Lic. Nut. Martha Maria de Jesús Villareal Bancayan Lic. T.S. Marizol Méndez Castañeda. Ing. Freddy Armando Rivera Montero Lic. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza Abog. Rosa Elizabet Juarez Herrera Med. Nelson Erick Carrasco Casillo  Dra. Juana Elsy Arrestequi Alcántara. (Evaluador Líder) Lic. Adm. Guissela Paola Tacayama Arica  Lic. Adm. Manuel Clodoaldo Chávez Concha. (Evaluador Líder) Lic. Adm. Jhossy Lui Arellano Acero Lic. Adm. Jhonathan Kenet Merino Alama Lic. T.S. Marizol Méndez Castañeda. Lic. T.S. Elsa Haydee Ramos Paricahua.  Ing. Marcos Riquelme Carrasco Chorrés. (Evaluador Líder) Ing. Pamela Siancas Valladares Md. Eliana García Torres Med. Hugo David Aguirte Coveritas Lic. Enf. Isabel Fernández Santa María. Lic. Sandra de los Milagros Montero Saldarriaga Lic. Carol Viviana Cruzado Mijahuanga  Econ. José Gerardo Riofrio Castillo (Evaluador Líder) Lic. Adm. Elia Carolina de la Cruz Román Abog. Vladimir Gastón Crisanto Reyes Ing. Marcos Riquelme Carrasco Chorrés Ing. Pamela Siancas Valladares  Bach. Adm. Aydee Reyes Arévalo (Evaluador Líder) Lic. Opt. Milagros Ramirez Mendoza Med. Jeremy Leticia Atocha Ruiz Ing. Marcos Riquelme Carrasco Chorrés Q.F. Anali del Carmen Ojeda García Q.F. Anali del Carmen Ojeda García. (Evaluador Líder) Q.F. Daniel Antonio Velásquez Quintana.												
	<b>MACROPROCESOS</b>												
	DIRECCIONAMIENTO												
	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Bach. Adm. Aydee Reyes Arévalo											
	GESTIÓN DE CALIDAD												
	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCIÓN												
		Unidad de Referencias y Contra referencias.											
		Servicio de Farmacia, Unidad de logística.											
		Jefe de la Unidad de Estadística e Informática, Oficina de gestión de la calidad, Imagen institucional.											
		Unidad de Servicios Generales y mantenimiento, central de esterilización, Salud ocupacional, Oficina de epidemiología y salud ambiental.											
		Servicio Social											
		Servicio de Nutrición y Dietética.											
		Unidad de Logística y Abastecimiento											
	Unidad de servicios generales y mantenimiento, Oficina de Planeamiento Estratégico (Proyectos de inversión), Unidad de Patrimonio												

