

“Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”
“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“En la Región Piura Todos Juntos Contra el Dengue”

Chulucanas, 11 de julio del 2024

OFICIO N° 799-2024/GRP-430020-132001

Señor:
MANUEL EDUARDO GIRÓN MARTÍNEZ
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE PIURA
Piura

ATENCIÓN : DRA. MARÍA QUISPE CARACELA.
Jefa Unidad Funcional de Gestión de la Calidad

ASUNTO : REMITO RD DE APROBACIÓN DE PLAN DE
AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE
ESTABLECIMIENTO DE SALUD

REFERENCIA : b) Decreto Supremo N°036-2023-SA

Me es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez de acuerdo al documento de la referencia, para dar **CUMPLIMIENTO AL CRITERIO N°02** de la Ficha Técnica N°44: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud, preciso lo siguiente:

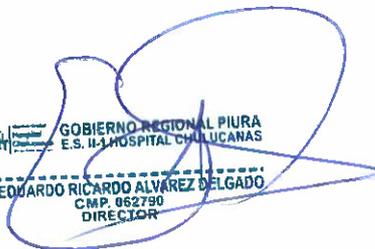
- Remito el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 PARA LA ACREDITACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD II-1 HOSPITAL CHULUCANAS**, el mismo que ha sido aprobado mediante Resolución Directoral N° 133-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201.

En tal sentido y cumpliendo con el criterio antes mencionado, adjunto al presente el plan de autoevaluación, a fin de que sea remitido a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad de su representada y a la responsable de Convenios de Gestión 2024 continuando el trámite hacia MINSA Lima, por lo que se remite la documentación dentro de los plazos señalados en la ficha técnica del Compromiso de Mejora N°44.

Ocasión propicia para expresarle los sentimientos de mi consideración.

Atentamente,




GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
DR. EDUARDO RICARDO ALVÁREZ DELGADO
CMP. 062790
DIRECTOR

C.C.
430020-132001
ERAD/ekgm



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 133 -2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 11 JUL 2024

VISTOS:

El Informe Técnico N° 014-2024-GRP-430020, de fecha 14 de mayo del 2024, emitida por la Jefa de Gestión de Calidad, Resolución Directoral N.º 146-2023/GOB.REG.PIURA-430020-13201, de fecha 22 de mayo de 2023, Resolución Directoral N.º 205-2023/GOB.REG.PIURA-430020-13201, de fecha 05 de setiembre de 2023, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N.º 26842 – Ley General de la Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables se seguridad, oportunidad y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 50-MINSA-DGSP-VO.2, Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y a los sistemas 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 naciones previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, en el inciso c) de las consideraciones específicas de la precitada norma, establece la aplicación de criterios de selección, contando con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben el 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, asimismo, los miembros del equipo deberán elegir a su líder por consenso. Además, se establece que antes de aplicar la evaluación, el Equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad;

Que, con Resolución Directoral N.º 205-2023/GOB.REG.PIURA-430020-13201, de fecha 05 de setiembre de 2023, se aprueba el Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud en el Hospital de Chulucanas, correspondiente al periodo 2023;





RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º **133** -2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, **1 JUL 2024**

Que, a través de la Resolución Directoral N.º 146-2023/GOB.REG.PIURA-430020-13201, de fecha 22 de mayo de 2023, se conforma el Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, año 2023;

Que, el referido Plan de Autoevaluación 2024, tiene como finalidad "Lograr la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas de acuerdo con la NTS N.º 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo del Ministerio de Salud";

Que, estando a lo solicitado por la Jefatura de Gestión de Calidad quien, a través del documento del visto, solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación 2024, para la Acreditación del Establecimiento de Salud II - 1 Hospital Chulucanas, cuyo objetivo general es desarrollar el proceso de Autoevaluación para la acreditación del Establecimiento de Salud II – 1 Hospital Chulucanas;

Que, de conformidad con los considerandos precedentes y a fin de contribuir con el cumplimiento de los Objetivos Institucionales, resulta pertinente, emitir el acto resolutorio que apruebe el Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud en el Hospital de Chulucanas, correspondiente al periodo 2024;

J. RODRIGUEZ Q.

Con la visación de la Unidad de Gestión de la Calidad, Unidad de Administración, Equipo de Personal, Asesoría Legal;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director de Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, aprobado mediante Ordenanza Regional N.º 330-2015/GRP-CR, de fecha 27 de noviembre del 2015 y de conformidad con las con la Resolución Ejecutiva Regional N.º 162-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 06 de marzo de 2024, que resuelve designar al médico EDUARDO RICARDO ÁLVAREZ DELGADO, en el cargo de Director del Hospital I - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 PARA LA ACREDITACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD II-1 HOSPITAL CHULUCANAS", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER, al Equipo de Gestión de Calidad y al Equipo de Evaluadores Internos para la acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, dar cumplimiento al Presente Plan de Autoevaluación, realizando la difusión a todas las unidades orgánicas involucradas en la ejecución del mismo.

ARTÍCULO TERCERO.- NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral al Gobierno Regional Piura y Dirección Regional de Salud Piura, Dirección del E.S.II-1 Hospital Chulucanas, Sub Dirección, Unidad de Administración, Asesoría Legal, e interesados.

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 133 -2024/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 11 JUL 2024

ARTICULO CUARTO.- ENCARGAR, al responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional de la página Web del Hospital.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE

GOBIERNO REGIONAL PIURA
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
DR. EDUARDO RICARDO ALVÁREZ DELGADO
C.M.P. 062790
DIRECTOR



J. RODRIGUEZ Q.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
PIURA
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS 2024

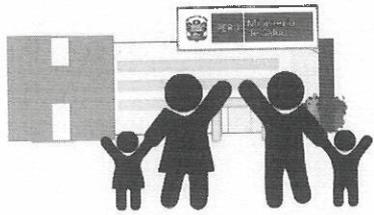
EQUIPO DE ACREDITACIÓN
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS





17/

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
Atención Humanizada y Segura

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA
LA ACREDITACIÓN DEL
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS
2024**





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS – 2024.

I. INTRODUCCIÓN.

El Ministerio de Salud en los últimos años viene impulsando el desarrollo de las políticas de calidad en las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, con muchas limitaciones pero también con experiencias acumuladas en auditoria en salud, implementación de guías de prácticas clínicas, autoevaluación, implementación del Registro, Notificación y Análisis de Eventos Adversos, adherencia a la higiene de manos, aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, medición de satisfacción del usuario externo, desarrollo de proyectos y acciones de mejora entre otras actividades, con la finalidad de crear una cultura de calidad en salud y el mejoramiento continuo en todos los niveles de atención.



La NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobada con la RM N°456-2007/MINSA, define a la autoevaluación como la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, teniendo en cuenta la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada con la RM N°270-2009/MINSA, quienes aplicarán el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1.





II. JUSTIFICACIÓN.

Considerando que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; nos orienta a brindar servicios de salud que cumplan con estándares de calidad que respondan a las necesidades y demandas de la población, cumplir con sus expectativas y brindar atención a todas las personas con dignidad y respeto, asegurando la mejor intervención para sus problemas de salud, controlando cualquier riesgo de daño. En consecuencia, los establecimientos de salud, debemos evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindamos, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente podrían generar riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios.



El E.S II-1 Hospital Chulucanas en cumplimiento a la política Nacional de Calidad en salud, el Sistema de Gestión de la Calidad y el Plan de Gestión de la Calidad, deberá llevar a cabo el proceso de Acreditación como exigencia, es por ello que se ha elaborado este Plan de Autoevaluación 2024, el cual busca contribuir con la mejora continua de los procesos de atención de salud clínicos y de gestión; así como permitir el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad para la acreditación.





III. FINALIDAD.

Lograr la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas de acuerdo con la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo del Ministerio de Salud".

IV. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación del establecimiento de salud II-1 Hospital Chulucanas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Organizar el proceso de autoevaluación de acuerdo con la normatividad vigente.
- b. Realizar la capacitación y entrenamiento de los evaluadores internos de acuerdo con la Guía Técnica del Evaluador.
- c. Desarrollar en forma participativa el proceso de Autoevaluación, asegurando el cumplimiento del listado de estándares de acreditación para categoría de E.S.II-1.
- d. Elaborar los informes correspondientes a la fase autoevaluación, formulando conclusiones y recomendaciones.
- e. Promover una cultura de calidad en cada UPSS, oficina, servicio para el cumplimiento del listado de estándares y criterios de evaluación para lograr la Acreditación.

V. ALCANCE.

El presente Plan de trabajo es de aplicación y cumplimiento en todas las UPSS, áreas, servicios, oficinas del E.S II-1 Hospital Chulucanas y se evaluarán todos los macroprocesos del listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud excepto los macroprocesos: 8, 12 por no corresponder a E.S II-1.





VI. BASE LEGAL.

- Ley N°26842, "Ley General de Salud".
- Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27444 "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "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, aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo",
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud",
- Resolución Directoral N° 45-2023/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma el Equipo de Acreditación del E.S. II-1 Hospital Chulucanas.
- Resolución Directoral N° 146-2023/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma los Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas.



VII. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACIÓN.

La autoevaluación estará a cargo de evaluadores internos previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos categoría II-1.

El proceso se realizará en cuatro (04) semanas, los evaluadores cuentan con el apoyo técnico del equipo de acreditación, equipo de gestión y dirección del establecimiento de salud. Las técnicas utilizadas en la autoevaluación serán la verificación/revisión, la observación, la entrevista, el muestreo y la encuesta.

La autoevaluación se desarrollará siguiendo los siguientes pasos:





a. **Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional:**

La programación de la autoevaluación está enmarcada en el Plan de Gestión de la Calidad del Establecimiento de Salud y de la DIRESA Piura año 2023.

- b. **Conformación del Equipo de Acreditación:** El equipo de acreditación y su coordinador, ha sido conformado con Resolución Directoral N°24-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma el Equipo de Acreditación del E.S. II-1 Hospital Chulucanas, este equipo promueve la difusión del Listado de Estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación.

El proceso de autoevaluación será difundido en todos los medios de comunicación al interior de la institución, así por ejemplo podrá realizar periódicos murales, pancartas, difusión de slogans, banner en el escritorio de las PC, y haciendo uso de las TICS se difundirá los documentos normativos e instrumentos del proceso de acreditación, la lista de evaluadores entre otros.

c. **Selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional:**

Los evaluadores internos han sido conformados con la Resolución Directoral N°117-2024/GOB.REG.PIURA-430020-13201, que conforma los Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas. Cuentan con un líder elegido por consenso, han recibido capacitación para la correcta aplicación del listado de estándares de acreditación e instrumentos a utilizar, desarrollan técnicas de evaluación y dispondrán de facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.

- Los evaluadores internos se dividirán en equipos por cada Macroproceso. Cada equipo elegirá un coordinador (persona de mayor experiencia).
- Cada equipo formulará su cronograma de reuniones en coordinación con el responsable de la UPSS, servicio, área u oficina y planificará la autoevaluación de los criterios del Macroproceso designado, dentro del plazo establecido para la Autoevaluación.
- Revisarán los instrumentos de recolección de información





d. El coordinador de cada macroproceso entregará a su equipo los instrumentos para la recolección de datos, para iniciar el proceso de Autoevaluación. **Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación:** El presente plan ha sido elaborado y validado por los evaluadores internos y será aprobado por el director del establecimiento de salud en el cuadro se consigna a los responsables de servicio/área/ que interactuarán con los Evaluadores, será difundido al personal del E.S haciendo uso de las TIC. **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:** el director del establecimiento de salud con el visto bueno del responsable de Gestión de Calidad del establecimiento de salud comunica al nivel inmediato superior por conducto regular, el inicio de autoevaluación de su establecimiento. **Ejecución del Plan de Autoevaluación:** Comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan no más de 4 semanas, a cargo de los evaluadores internos y evaluados designados, en esta etapa se realiza la Autoevaluación de los Macroprocesos, para ello se realizarán las coordinaciones respectivas con jefe de servicios, coordinadores de UPSS, área, oficinas involucradas en los macroprocesos, se consensuará fecha y hora, siendo impostergable, salvo situaciones justificadas de ambas partes, debiendo comunicar el responsable del área evaluada designado(a) al Coordinador del macroproceso.

Se realizan las siguientes acciones:

- Sensibilización sobre el proceso de Acreditación
- Reunión de Apertura
- Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal
- Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar
- Visita de las instalaciones del establecimiento de salud
- Despliegue de las Técnicas de Evaluación
- Socialización de los resultados

Asimismo, cada equipo de evaluadores elaborará su informe con los resultados de cada macroproceso en los formatos o instrumentos establecidos. El líder del equipo de evaluadores coordinará el ingreso de datos obtenidos al aplicativo respectivo.





- e. **Presentación del Informe de Autoevaluación:** A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso, el documento contiene las recomendaciones para las acciones y planes de mejoramiento continuo que se deben implementar
- f. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones:** Se realizará cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las **acciones de mejoramiento** continuo las cuales deben ser medidas previamente según metodologías seleccionadas, hasta que se obtengan los niveles deseados de igual o mayor a 85%:

Si en el proceso de Autoevaluación se consigue una puntuación igual o mayor a 85%, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente.

Respecto a los resultados de la evaluación del establecimiento, en la Guía Técnica del evaluador se precisa: Si el Establecimiento de Salud obtuvo un puntaje de 70 a 84.9% podrá realizar en 6 meses una nueva evaluación, de 50 a 69.9% en 9 meses y con puntaje menor de 50% deberá reiniciar desde autoevaluación, de igual modo si el establecimiento no cumpliera con los tiempos establecidos.



VIII. CONSIDERACIONES EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.

- ✓ **Reunión de Apertura.** El Equipo evaluador coordinará con la directora y responsables de servicios, UPSS, oficinas para presentar los objetivos de la evaluación, presentar al equipo evaluador, confirmar el plan de la evaluación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, definir el proceso de presentación del Informe Técnico de Evaluación, precisar los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación. Se recomienda elaborar un Acta, en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba. Luego de haber concluido la Reunión el equipo evaluador solicita a dirección del Establecimiento de Salud disponga la entrega de las normas que el establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados; así mismo facilitará un espacio físico para el equipo evaluador.





9/

✓ **Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal.**

Para el proceso de evaluación de los estándares se procederá de la siguiente manera:

- El Equipo de acreditación difundirá el listado de estándares de acreditación a los trabajadores o equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos.
- Evaluadores y evaluados revisan, analizan, discuten conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y compararán el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación.
- El o los evaluadores leen el estándar y el criterio que se quiere calificar, luego preguntan si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
- 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 referentes normativas no sólo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presentan en el Listado, sino con las instituciones que regulan diversos aspectos de la atención.
- El equipo evaluador identificará cuáles son las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así mismo elaborará instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- Seleccionar, designar responsables al interior del equipo evaluador para sistematizar, recopilar, ordenar todas las fuentes auditables por cada macroproceso, posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- Se calificará cada criterio del estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, del 0, 1 ó 2.





✓ **Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar**

- La revisión de las referencias normativas nacionales, sectoriales e institucionales tiene el propósito de evaluar las condiciones para la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para los criterios, estándares y macroprocesos evaluados.
- El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- El equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, que servirá de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en Actas.



✓ **Visita de las instalaciones del establecimiento de salud.**

- El equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del establecimiento de salud, 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 de la organización. 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.





✓ **Despliegue de las Técnicas de Evaluación.**

Las técnicas utilizadas por los evaluadores internos durante el proceso de evaluación son: la **verificación/revisión** de registro, informes, mapas de procesos, etc, la **observación** para valorar cómo se desenvuelve el personal en la práctica, se observa personas y entorno; la **entrevista** para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación., el **muestreo** para definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible, la **encuesta** para recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación y la **auditoría**: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos



✓ **Sensibilización sobre el proceso de Acreditación** al personal del establecimiento de salud a cargo del Equipo de Acreditación en coordinación con la Dirección del Establecimiento de Salud.



✓ **Socialización de los resultados.**

Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la Alta Dirección a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

IX. Instrumentos para las evaluaciones son:

1. Listado de Estándares de Acreditación.
2. Formatos para la evaluación: Hojas de registro de datos, hoja de recomendaciones
3. Calificación de la evaluación





X. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- María R. Jaramillo Ramírez. Obstetra
- Sonia Aleida Rubio Rubio. Magister en Enfermería.
- María Lisbeth Heras Navarro Obstetra.
- Giuliana Leslie Carolina Bravo Medina. Licenciada en Enfermería.
- Twinky Margarita Bayona Zapata. Licenciada en Enfermería.
- Yaneth Maribel Arredondo Chávez. Licenciada en Enfermería.
- Vanessa Dotila Adanaqué Aponte. Licenciada en Enfermería.
- Adela Marina Condori Reyes. Técnica de Enfermería.





PERÚ

Ministerio de Salud
E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a DIRESA, DIRECCION SUBREGIONAL	Director
Ejecución del Plan de Autoevaluación, comprende:	
Reunión de apertura de la autoevaluación	Equipo de evaluadores
Explicación del Listado de estándares a los responsables de servicio o área	Equipo de evaluadores
Ejecución de autoevaluación de los macroprocesos	Equipo de evaluadores
Procesamiento de datos	Equipo de evaluadores
Calificación de la evaluación	Equipo de evaluadores
Análisis de datos y reunión de cierre	Equipo de acreditadores y equipo de evaluadores
Elaboración, revisión y corrección del informe	Equipo de acreditadores y equipo de evaluadores
Comunicado de resultado final de la autoevaluación al Dirección del E. S	Equipo de acreditadores
Presentación del Informe de Autoevaluación a DIRESA, SUBREGION DE SALUD	Director del E. S II-1 Hospital Chulucanas
Sociabilización de los resultados	Equipo de acreditación



4



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN AÑO 2024- B (CRONOGRAMA EN SEMANAS)

RESPONSABLE DE EQUIPO	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	Oct	Noviembre		
			4	1	2	3
-Jefe de la unidad de Gestión de la calidad. -Jefe de servicio de emergencia.	Macrop. 1: Direccionamiento (DIR)	Lic. Twinky Bayona Zapata.				
-Jefe del servicio de pediatra -Coordinadora del servicio de Obstetricia	Macrop. 2: Gestión de recursos humanos (GRH)	Lic Giuliana Bravo Medina				
-Jefe del servicio de odontoestomatología -Jefe del servicio de apoyo al diagnóstico.	Macrop. 3: Gestión de la calidad (GCA)	Lic Vanessa Adanaque Aponte.				
-Dirección general. -Jefe de la Unidad de Administración. -Encargado de referencias y Contrareferencias.	Macrop. 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA)	Obst. María Heras Navarro				
-Jefe del servicio de enfermería -Jefe de Equipo de Logística.	Macrop. 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD)	Tec. Enf. Adela Condori Reyes.				
-Jefe del servicio de diagnóstico por imágenes. -Representante de auditoria médica.	Macrop. 6: Control de la gestión y prestación (CGP)	Lic. Sonia Aleida Rubio Rubio.				
-Jefe de la unidad de epidemiología. -Jefe de la unidad de Estadística e Informática.	Macrop. 7: Atención ambulatoria (ATA)	Obst. María Jaramillo Ramírez.				
Jefe del Servicio de Docencia e Investigación. Jefe de unidad de seguros.	Macrop. 9: Atención de hospitalización (ATH)	Lic Yaneth Arredondo Chávez.				
-Responsable de banco de sangre. -Encargado de plataforma de atención al usuario (PAUS).	Macrop. 10: Atención de emergencias (EMG)	Lic Vanessa Adanaque Aponte.				
-Representante de comité de auditoría de salud. -Jefe del servicio de Gineco-obstetricia. -Supervisor del servicio de emergencia	Macrop. 11: Atención quirúrgica (ATQ)	Lic. Sonia Aleida Rubio Rubio.				
-Responsable del equipo de promoción de la salud. - Coordinador de consultorios externos.	Macrop. 13: Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT)	Obst. María Jaramillo Ramírez.				
-Coordinador en Salud Ambiental. -Coordinadora del centro de esterilización.	Macrop. 14: Admisión y alta (ADA)	Lic. Twinky Bayona Zapata				
-Jefe de la unidad de Planeamiento estratégico. -Jefe del servicio de medicina	Macrop. 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)	Tec. Enf. Adela Condori Reyes.				
-Responsable de Seguridad y Salud ocupacional. -Encargado del servicio de nutrición.	Macrop. 16: Gestión de medicamentos (GMD)	Obst. Maria Heras Navarro				
-Encargado de Área de Almacén. -Responsable del Espacio de Monitoreo de Emergencia y Desastres.	Macrop. 17: Gestión de la información (GIN)	Lic Giuliana Bravo Medina				
Encargado de Medicina física y Rehabilitación. -Jefe del Área de control Patrimonial.	Macrop.18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)	Lic Vanessa Adanaque Aponte.				
-Jefe de Cirugía y Anestesiología	Macrop. 19: Manejo del riesgo social (MRS)	Tec. Enf. Adela Condori Reyes.				
-Encargada del Área de Servicio social. -Encargado de servicios generales.	Macrop. 20: nutrición y dietética (NYD)	Lic Yaneth Arredondo Chávez.				
-Coordinador de centro Quirúrgico. -Supervisor de Hospitalización.	Macrop. 21: Gestión de insumos y materiales (GIM)	Lic. Twinky Bayona Zapata.				
-Encargado del servicio de farmacia. -Encargada de Admisión.	Macrop. 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF)	Obst. María Jaramillo Ramírez.				





XII. ANEXOS

RESPONSABLES DE EQUIPOS DE EVALUACIÓN DE MACROPROCESOS

RESPONSABLE DE EQUIPO	MACROPROCESO
Jefe de la unidad de Gestión de la calidad.	Macrop. 1: Direccionamiento (DIR)
Jefe del servicio de pediatra	Macrop. 2: Gestión de recursos humanos (GRH)
Jefe del servicio de odontostomatología	Macrop. 3: Gestión de la calidad (GCA)
Dirección general.	Macrop. 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA)
Jefe del servicio de enfermería	Macrop. 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD)
Jefe del servicio de diagnóstico por imágenes.	Macrop. 6: Control de la gestión y prestación (CGP)
Jefe de la unidad de epidemiología.	Macrop. 7: Atención ambulatoria (ATA)
Jefe del Servicio de Docencia e Investigación.	Macrop. 9: Atención de hospitalización (ATH)
Encargado de plataforma de atención al usuario (PAUS).	Macrop. 10: Atención de emergencias (EMG)
Jefe del servicio de Gineco-obstetricia.	Macrop. 11: Atención quirúrgica (ATQ)
Responsable del equipo de promoción de la salud.	Macrop. 13: Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT)
Coordinadora del centro de esterilización.	Macrop. 14: Admisión y alta (ADA)
Jefe de la unidad de Planeamiento estratégico.	Macrop. 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)
Responsable de Seguridad y Salud ocupacional.	Macrop. 16: Gestión de medicamentos (GMD)
Encargado de Área de Almacén. Responsable del EMED	Macrop. 17: Gestión de la información (GIN)
Encargado de Medicina física y Rehabilitación.	Macrop.18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)
Jefe de Cirugía y Anestesiología	Macrop. 19: Manejo del riesgo social (MRS)
Encargada del Área de Servicio social.	Macrop. 20: nutrición y dietética (NYD)
Coordinador de centro Quirúrgico.	Macrop. 21: Gestión de insumos y materiales (GIM)
Encargada de Admisión.	Macrop. 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF)





LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION PARA E.S CATEGORÍA II-1

MACROPROCESO
Macrop. 1: Direccionamiento (DIR)
Macrop. 2: Gestión de recursos humanos (GRH)
Macrop. 3: Gestión de la calidad (GCA)
Macrop. 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA)
Macrop. 5: Gestión de seguridad ante desastres (GSD)
Macrop. 6: Control de la gestión y prestación (CGP)
Macrop. 7: Atención ambulatoria (ATA)
Macrop. 9: Atención de hospitalización (ATH)
Macrop. 10: Atención de emergencias (EMG)
Macrop. 11: Atención quirúrgica (ATQ)
Macrop. 13: Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT)
Macrop. 14: Admisión y alta (ADA)
Macrop. 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)
Macrop. 16: Gestión de medicamentos (GMD)
Macrop. 17: Gestión de la información (GIN)
Macrop. 18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)
Macrop. 19: Manejo del riesgo social (MRS)
Macrop. 20: Nutrición y dietética (NYD)
Macrop. 21: Gestión de insumos y materiales (GIM)
Macrop. 22: Gestión de equipos e infraestructura (EIF)

