



DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HRDT”

Elaborado y Revisado por : MC. Carlos Dennis Plasencia Meza	Firma:  Firmado digitalmente por PLASENCIA MEZA Carlos Dennis FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 30.01.2025 09:44:31 -05:00 FIRMA DIGITAL
Cargo: Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	
Revisado por: Lic.Adm. Fernando Mercado Acuña	Firma:  Firmado digitalmente por MERCADO ACUNA Fernando Guillermo FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 30.01.2025 11:51:36 -05:00 FIRMA DIGITAL
Cargo: Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
Revisado por: Abog. Hender Miguel Terán Pianto	Firma:  Firmado digitalmente por TERAN PIANTO Hender Miguel FAU 20440374248 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 30.01.2025 11:27:11 -05:00 FIRMA DIGITAL
Cargo: Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica	
Aprobado por: Dr. Víctor Augusto Salazar Tantaleán	Firma:
Cargo: Director de Hospital III	

OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD - HRDT

	DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2025”	VERSIÓN 0.1
---	--	--

I. INTRODUCCIÓN

La evolución del sector salud ha permitido un cambio significativo hacia modelos autogestionarios, dejando atrás los enfoques tradicionales y paternalistas. El desarrollo de la tecnología médica ha abierto nuevas posibilidades para implementar enfoques innovadores, creando un sistema de salud que se adapta al cambio y responde mejor a las necesidades de los usuarios. En este marco, la acreditación de los establecimientos de salud se presenta como un proceso de evaluación periódica con el objetivo de impulsar la mejora continua en la calidad de la atención y promover el desarrollo coordinado de los servicios dentro de una institución de salud. Este proceso se basa en la comparación del desempeño de los proveedores de salud con una serie de estándares óptimos y alcanzables, formulados y conocidos por los actores clave en la atención sanitaria. Además, se enfoca en la evaluación de diversos elementos estructurales y una amplia gama de procesos, junto con algunos resultados específicos.

El Hospital Regional Docente de Trujillo ha definido como objetivo alcanzar la acreditación para asegurar a los usuarios que el hospital dispone de los recursos y capacidades necesarios para optimizar la calidad de la atención brindada. Dentro del sistema de salud, la acreditación es una de las metodologías más destacadas para garantizar y mejorar la calidad de los servicios. Se trata de un proceso de evaluación periódica cuyo propósito es fomentar la mejora continua en la atención y el desarrollo armonioso de los servicios que los establecimientos de salud ofrecen. Los estándares establecidos en el proceso de Acreditación permiten guiar la evaluación de aspectos fundamentales en la prestación de servicios de salud, los cuales afectan directamente los resultados desde una perspectiva de calidad.

Según la Norma Técnica de Salud N°050 – MINSA-DGSP-V.02 (Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo), el proceso de acreditación de los establecimientos de salud consta de dos fases:

1. **Autoevaluación:** Obligatoria al menos una vez al año.
2. **Evaluación Externa:** De carácter voluntario.

Para el Hospital Regional Docente de Trujillo, el proceso de autoevaluación para la acreditación está a cargo de evaluadores internos, previamente seleccionados y designados mediante resolución directoral.

	DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2025”	VERSIÓN 0.1
---	--	--

II. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación dentro del proceso de acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de servicios de salud y, a su vez, debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa. Este proceso no solo busca cumplir con los requisitos establecidos por los estándares de acreditación, sino también generar un diagnóstico integral que permita conocer el estado real de los procesos y servicios brindados en la institución, con miras a su mejora continua.

El proceso de autoevaluación permitirá detectar áreas de oportunidad en los distintos niveles de atención, desde la gestión administrativa hasta la atención directa al paciente, garantizando que se cubren todos los aspectos relevantes del sistema de salud, tanto a nivel estructural como operativo. Esta evaluación constante es clave para fortalecer los procesos internos, mejorar la eficiencia en la atención, y garantizar que el hospital se ajuste a los estándares de calidad exigidos en el sector salud. Asimismo, la autoevaluación favorecerá el compromiso del personal de salud al involucrarlo directamente en la identificación de problemas y en la toma de decisiones para la implementación de mejoras. Esta participación activa no solo fortalece el sentido de pertenencia y responsabilidad dentro de la organización, sino que también promueve una cultura organizacional enfocada en la mejora continua y en la satisfacción de los usuarios. Al involucrar a todos los niveles de la institución, se fomenta el trabajo colaborativo y se crean soluciones adaptadas a las realidades y necesidades del hospital.

A través de la autoevaluación, el Hospital Regional Docente de Trujillo podrá establecer metas claras y alcanzables para mejorar los procesos de atención, identificar las deficiencias de manera temprana y priorizar las áreas que requieren intervención inmediata. Además, permitirá establecer un plan de acción estructurado que guíe las mejoras a implementar, asegurando la sostenibilidad de los cambios y su alineación con los objetivos estratégicos de la institución. En resumen, el proceso de autoevaluación es una herramienta fundamental no solo para cumplir con los requisitos de acreditación, sino también para garantizar una atención de salud de alta calidad que responda de manera eficiente a las necesidades de los pacientes y usuarios. Mediante este proceso, el Hospital Regional Docente de Trujillo podrá fortalecer su compromiso con la calidad, optimizar sus recursos, mejorar la experiencia de los usuarios y asegurar que los servicios de salud que ofrece sean siempre de la más alta calidad.

	DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2025”	VERSIÓN 0.1
---	---	-----------------------------------

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Recabar la evidencia de los macroprocesos en cuanto al desempeño del Hospital Regional Docente de Trujillo, para obtener la Acreditación como Establecimiento de Salud de Nivel III-1.

Objetivo Específicos:

- Verificar el grado de cumplimiento de los criterios establecidos en el listado de estándares de acreditación correspondientes a nuestro nivel.
- Evaluar los resultados obtenidos a través del proceso de autoevaluación.
- Reforzar la gestión de los responsables de las unidades y macroprocesos en la formulación y el logro de la mejora continua de la calidad.

IV. ALCANCE

La Autoevaluación se realizará en Unidades y/o Servicios del HRDT, evaluándose todos los Macroprocesos de Acreditación del Nivel III – 1, según listado de estándares de acreditación.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26642 Ley General de Salud.
- Ley N°27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N°29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV. 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 y Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA “Listado de Estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría III–2

	DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2025”	VERSIÓN 0.1
---	--	--

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del HRDT utilizarán diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. Verificación / Revisión de documentos: Una de las fuentes a las que se pueda recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. Observación: Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. Entrevista: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. Muestras: Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
5. Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. Auditoría: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el HRDT, referencias, normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para el Establecimiento del Nivel III-1, como es el caso del HRDT son aplicables 21 macroprocesos. Consta de criterios de estructura (36%) de proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del HRDT.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el HRDT:

RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

MACROPROCESO	ESTÁNDARES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de Recursos Humanos	4	11
3. Gestión de la Calidad	3	22
4. Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5. Gestión de Seguridad ante Emergencias y Desastres	3	21
6. Control de la Gestión y Prestación	2	15
7. Atención Ambulatoria	4	17
8. Atención Extramural	4	13
9. Atención de Hospitalización	7	26
10. Atención de Emergencia	3	14
11. Atención Quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14. Admisión y Alta	4	16
15. Referencia y Contrarreferencia	4	13
16. Gestión de Medicamentos	3	15
17. Gestión de la Información	3	14
18. Descontaminación, Limpieza y Esterilización	4	17
19. Manejo del Riesgo Social	2	6
20. Manejo de Nutrición de Pacientes	2	10
21. Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22. Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL	75	361

VII. RESPONSABILIDADES

El equipo de acreditación, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el HRDT, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Plan.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A Y B

8.1. Cronograma de actividades del equipo de acreditación y evaluadores internos - B

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA															
		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
		22	23	24	28	30	06	07	10	11	12	24	23	26	27	28	31
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos para el proceso de autoevaluación del HRDT 2024	Director General	X															
Elaboración del plan de Autoevaluación	Equipo de Acreditación y evaluadores internos para la autoevaluación,		X	X													
Solicitar aprobación del plan de Autoevaluación e incluido en el POI	Oficina de Gestión de la Calidad				X												
Aprobación del Plan de Autoevaluación con RD.	Director General					X											
Reunión de presentación y difusión del plan de Autoevaluación	Director general, Evaluador líder						X										
Designación de responsables por cada Unidad / Servicio	Director general						X										
Elaboración del cronograma de realización de autoevaluación	Equipo de acreditación y evaluadores internos							X									
Difusión del listado de estándares para la autoevaluación a todas las unidades involucradas	Equipo de Acreditación, evaluador líder							X	X								
Informar el inicio de la autoevaluación a la GERESA	Director general									X							
Inicio de Autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos										X						
Término de Autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos											X					
Elaboración del informe técnico de la autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos													X	X	X	X
Difusión de resultados	Director General, Evaluador líder,																X
Propuesta de recomendaciones	Equipo de Acreditación y Evaluadores Internos,																X
Entrega de informes a GERESA	Oficina de Gestión de la Calidad																X

	DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2025”	VERSIÓN 0.1
---	--	-----------------------------------

8.2. Cronograma de actividades para la Autoevaluación – B

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPO EVALUADOR INTERNO	FEBRERO-MARZO				RESPONSABLE EVALUADO
			4ta	1ra	2da	3ra	
MC. Víctor Augusto Salazar Tantalean	1. Direccionamiento	MC. Carlos Dennis Plasencia Meza	X				Mc. Víctor Augusto Salazar Tantalean
Abg. Cinthya Michelli Meliton Tandaypan	2. Gestión de Recursos Humanos	Lic. Araseli Yaneth Reyes Guzmán	X				Abg. Cinthya Michelli Meliton Tandaypan
MC. Carlos Dennis Plasencia Meza	3. Gestión de la Calidad	Lic. Karla Veronika Castillo Lezama	X				MC. Carlos Dennis Meza
Lic. Araseli Yaneth reyes Guzmán	4. Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Lourdes Mirella Cruz Hernández	X				Lic. Araseli Yaneth Reyes Guzmán
Lic. Lourdes Mirella Cruz Hernández	5. Gestión de Seguridad ante Emergencias y Desastres	Lic. Zoila Isabel León Balarezo	X				Lic. Lourdes Mirella Cruz Hernández
MC. William Martín Gil Reyes	6. Control de la Gestión y Prestación	Q.F. Haydee Elena Villafana Medina	X				MC. William Martín Gil Reyes
Lic. Egma Vargas Medina	7. Atención Ambulatoria	Lic. María Luisa Sebastián Vilchez		X			MC. William Martín Gil Reyes
	8. Atención Extramural	NO APLICA					
MC. Augusto Manuel Aldave Herrera	9. Atención de Hospitalización	MC. María Elena Luna Farro		X			MC. Augusto Manuel Aldave Herrera
MC. Lucía Jackeline Castro Pinedo	10. Atención de Emergencia	Lic. Domitilia Lara Cieza		X			MC. Lucía Jackeline Castro Pinedo
Lic. Lidia Chávez Vásquez	11. Atención Quirúrgica	Lic. Nancy Maribel Llajaruna Villanueva		X			Lic. Lidia Chávez Vásquez
MC. Luis Martín Galois Centeno Fuentes	12. Docencia e Investigación	Abg. Cinthya Michelli Meliton Tandaypan		X			MC. Luis Martín Galois Centeno Fuentes
MC. Luis Javier Guerrero Vargas	13. Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	MC. William Martín Gil Reyes			X		MC. Luis Guerrero Vargas
MC. William Martín Gil Reyes	14. Admisión y Alta	MC. Atilio Alejandro Alvarez Diaz			X		MC. William Gil Reyes
MC. Raúl Cantera Chávez	15. Referencia y Contrarreferencia	MC. Elva Rosa Cristina Carrillo Ramírez			X		MC. Néstor Gómez Goicochea
Q.F. Haydee Elena Villafana Medina	16. Gestión de Medicamentos	Lic. Jackeline Elizabeth Sánchez Valverde			X		Q.F. Haydee Villafana Medina
Lic. María Luisa Sebastián Vilchez	17. Gestión de la Información	Adm. Cesar Roberto Revilla Paredes			X		Lic. María Luisa Sebastián Vilchez
Lic. Lourdes Reyna Flores	18. Descontaminación, Limpieza y Esterilización	Lic. Cinthia Marina Villanueva Rodríguez				X	Lic. Lourdes Reyna Flores
Lic. Yolanda Ysabel Aranguri Trujillo	19. Manejo del Riesgo Social	MC. Karla María Portilla Velarde				X	Lic. Yolanda Ysabel Aranguri Trujillo
Lic. Irma Constancia Villajulca Eustaquio	20. Manejo de Nutrición de Pacientes	MC. Luis Martín Galois Centeno Fuentes				X	Lic. Irma Constancia Villajulca Eustaquio
Lic. Lucero Esmeralda Castillo Morales	21. Gestión de Insumos y Materiales	MC. Lucía Jackeline Castro Pinedo				X	Lic. Lucero Esmeralda Castillo Morales
Ing. Miguel Arturo Vergara León	22. Gestión de Equipos e Infraestructura	MC. Luis Javier Guerrero Vargas				X	Ing. Miguel Arturo Vergara León

	DOCUMENTO TÉCNICO: “PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2025”	VERSIÓN 0.1
---	--	-----------------------------------

IX. ANEXO 1:

EQUIPO DE EVALUADORES POR MACROPROCESO

MACROPROCESO	RESPONSABLE
1) Direccionamiento	MC. Carlos Dennis Plasencia Meza
2) Gestión de Recursos Humanos	Lic. Araseli Yaneth Reyes Guzmán
3) Gestión de la Calidad	Lic. Karla Veronika Castillo Lezama
4) Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Lourdes Mirella Cruz Hernández
5) Gestión de Seguridad ante Emergencias y Desastres	Lic. Zoila Isabel León Balarezo
6) Control de la Gestión y Prestación	Q.F. Haydee Elena Villafana Medina
7) Atención Ambulatoria	Lic. María Luisa Sebastián Vilchez
8) Atención Extramural	NO APLICA
9) Atención de Hospitalización	MC. María Elena Luna Farro
10) Atención de Emergencia	Lic. Domitilia Lara Cieza
11) Atención Quirúrgica	Lic. Nancy Maribel Llajaruna Villanueva
12) Docencia e Investigación	Abg. Cinthya Michelli Meliton Tandypan
13) Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	MC. William Martín Gil Reyes
14) Admisión y Alta	MC. Atilio Alejandro Alvarez Díaz
15) Referencia y Contrarreferencia	MC. Elva Rosa Cristina Carrillo Ramírez
16) Gestión de Medicamentos	Lic. Jackeline Elizabeth Sánchez Valverde
17) Gestión de la Información	Adm. Cesar Roberto Revilla Paredes
18) Descontaminación, Limpieza y Esterilización	Lic. Cinthia Marina Villanueva Rodríguez
19) Manejo del Riesgo Social	MC. Karla María Portilla Velarde
20) Manejo de Nutrición de Pacientes	MC. Luis Martín Galo Centeno Fuentes
21) Gestión de Insumos y Materiales	MC. Lucía Jackeline Castro Pinedo
22) Gestión de Equipos e Infraestructura	MC. Luis Javier Guerrero Vargas