REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0110 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

VISTO:

Nota Informativa N°060-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, proveído N°488, de fecha 29 de enero del 2025, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N°060-2025/HAS-430020165, de fecha 29 de enero del 2025, la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del **"Plan de Trabajo del Área de Acreditación de la Oficina de Gestión de Calidad Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana";**

Que, de acuerdo al título preliminar I, II de la Ley N° 26842, Ley General del Salud, de fecha 15 de julio del 1997, determina que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", aprobado bajo Resolución Ministerial Nº 519-2006-MINSA, de fecha 02 de junio del 2006, cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante el Artículo 1° del Título Primero en el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, de fecha 25 de junio del 2006, las Disposiciones Generales.- El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

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", 06 de junio de 2007, 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;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 25 de abril de 2009, 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, asimismo en la Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", de fecha 31 de octubre del 2009, en su Octava Política, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, en el marco del articulo 1 y 2 del Decreto Legislativo N° 1153, de fecha 12 de septiembre del 2013, su objetivo es regular la política integral de las compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, y como finalidad es que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado;

REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0110 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

Que, asimismo en el artículo 15° del decreto antes mencionado, establece Asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, donde la entrega económica que se otorga una vez al año, al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios;

Que, mediante Decreto Legislativo Nº 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", de fecha 07 de diciembre del 2013, el Ministerio de Salud, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: ESSALUD, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas";

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 16 de mayo del 2015, 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°502-2016-MINSA donde se aprobó la NTS Nº 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", de fecha 18 de julio del 2016, cuyo objetivo general es de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos. Y asimismo su finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 022-2024-SA "Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su 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", tiene como objeto definir el listado de indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo Nº 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado; así como los criterios técnicos para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información que permitan el registro de los servicios prestados por el personal asistencial de los establecimientos de salud;

Que, dentro del referido Anexo I que forma parte del Dispositivo Legal que antecede en el considerando presente, se encuentra el Compromiso de mejora de los servicios de Salud; mediante la **Ficha Técnica N° 46: Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimiento de salud para el cumplimiento de los estándares en la atención de salud**;

Que, en virtud a ello, mediante el documento emitido por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, con proveído N°488, de fecha 29 de enero del 2025, la Dirección Ejecutiva autoriza a la Oficina de Planeamiento Estratégico, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del **"Plan de Trabajo del Área de Acreditación de la Oficina de Gestión de Calidad Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana"**, cuya finalidad del plan, es de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud la mejora de la Calidad de atención de salud que se brinda a los pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a través de una correcta y oportuna Mejora Continua que garantice a los usuarios y al sistema de salud el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos a fin de lograr ser uno de los Hospitales acreditados a nivel Nacional;

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

REPUBLICA DEL PERU

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0110 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661

Sullana, 29 de enero del 2025

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 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el "Plan de Trabajo del Área de Acreditación de la Oficina de Gestión de Calidad Año 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana", el mismo que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2°.- DISPONER, a la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, el seguimiento y cumplimiento de sus funciones de acuerdo a la norma vigente según resuelto en el artículo 1° de la presente resolución.

ARTICULO 3.- DISPONER, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones 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, Oficina de Gestión de Calidad e interesados.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.

DIRECCION REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Iván Oswaldo Calderón Castillo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 029879 - RNE. 028425

IOCC/JGRC/jacv

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital De Apoyo II-2 Sullana

HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA

Tu Salud es Nuestra Prioridad

PLAN DE TRABAJO DEL ÁREA DE ACREDITACIÓN DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AÑO 2025

Elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Oficina de Gestión de la Calidad
e-Mail: hospitalsullana@hospitalsullana.gob.pe
www.hospitalsullana.gob.pe

HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA ÁREA DE ASESORÍA JURÍDICA Vº Bº

HOSPITAL DE SULLANA SUPERVISOR DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO Vº Bº

HOSPITAL APOYO II-2 SULLANA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Vº Bº

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA DIRECCIÓN EJECUTIVA Vº Bº

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MED. IVAN OSWALDO CALDERON CASTILLO
DIRECTOR EJECUTIVO

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
Resp. Del Área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana

PIURA-PERÚ 2025

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 4
II. FINALIDAD 5
III. JUSTIFICACIÓN 5
IV. OBJETIVOS 6
4.1. OBJETIVO GENERAL 6
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6
V. AMBITO DE APLICACIÓN 6
VI. BASE LEGAL 6
VII. METODOLOGÍA 7
VIII. ESTRUCTURA ORGANICA: 7
8.1. NATURALEZA: 7
8.2. VALORES: 7
8.3. MISIÓN: 8
8.4. VISIÓN: 8
8.5. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL: 8
IX. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD 9
9.1. DEFINICIONES OPERACIONALES 9
X. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 10
10.1. Autoevaluación: 10
10.2. Resultados de la Evaluación 10
10.3. Instrumentos de la acreditación 10
10.4. Procedimientos para el proceso de Acreditación 11
XI. DESARROLLO DE ACTIVIDADES 11
XII. PRESUPUESTO: 12
XIII. RESPONSABILIDADES: 12
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 13
XV. ANEXOS 14

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana, es una entidad adscrita al Gobierno Regional Piura, siendo categorizado como Hospital de Tipo II-2, el cual se encuentra ubicado en la Av. Santa Rosa S/N.

Somos un establecimiento referencial de las regiones Piura y Tumbes, en el ámbito binacional de la cuenca Catamayo-Chira, que promociona la salud, previene los riesgos, protege del daño con énfasis en la recuperación de la salud y la rehabilitación de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, desde su concepción hasta su muerte natural, con accesibilidad plena.

El Proceso de Acreditación se inicia en el País en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la comisión interinstitucional sectorial para la acreditación de Hospitales. Esta comisión nombra elaboro la Guía y el Manual para la acreditación de Hospitales que fueran aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.

Dentro del marco del Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" y el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" los enfoques de calidad han venido avanzando, en la medida de que ya no se centran exclusivamente en los servicios prestacionales de salud ni en la satisfacción de los usuarios sino que son parte de un Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que tiene los siguientes principios: Enfoque al usuario; Liderazgo; Participación del personal; Enfoque basado en procesos; Enfoque sistémico para la gestión; Mejora continua de la Calidad; Toma de decisiones basada en la evidencia y Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, tiene como objetivo general implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Institución evaluando estrategias, metodologías e instrumentos orientados a los resultados, enmarcados en la gestión por procesos, siendo uno de los pilares lograr la acreditación alcanzada que significa atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato humanizado, lo cual garantiza un adecuado nivel de satisfacción y seguridad de nuestros usuarios externos e internos en relación a los servicios otorgados por el Hospital de apoyo II-2 Sullana.

El Hospital de Apoyo II-2 Sullana, a traves de la Oficina de Gestión de la calidad y su área de acreditación viene trabajando por año consecutivo el proceso de autoevaluación para la acreditación de EE.SS Y SMA el mismo que busca lograr la acreditación de nuestro Hospital con Categoría de tipo II-2.

El proceso de acreditación en el Perú se inició en 1993 con la creación de la comisión para la acreditación interinstitucional y sectorial, los primeros se aprobaron oficialmente en 1996 luego de efectuarse diferentes reuniones regionales, nacionales e internacionales con el fin de revisar el proceso de desarrollo de los estándares con la información de los participantes principales en el sistema de atención de la salud.

En este contexto se hace necesario continuar con el proceso de acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en el marco de 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" a través de la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA; 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.

La acreditación es considerada como un mecanismo de evaluación de calidad de los servicios de salud, cuyo objetivo es comprobar que un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con estándares definidos que brindan calidad y seguridad en la atención de salud y que generen ciclos de mejoramiento continuo. Cuyos estándares están enfocados en elementos de estructura, procesos y resultados.

La Acreditación en servicios de salud es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de servicios de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado en 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.

El presente plan del área de acreditación, es un instrumento que nos permitirá supervisar que todas las áreas, servicios y departamentos estén funcionando eficientemente según nuestro nivel de categoría, realizando un control y monitoreo de todos los procesos plasmados a traves del listado de estándares para la acreditación de EE.SS y SMA.

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.

Las actividades programadas en el presente plan están alineadas a los Criterios de Programación de Actividades Hospitales 2025, para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, proporcionados por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, incluyendo también, otras actividades programadas en el Plan Operativo 2025 de la Unidad de Gestión de la Calidad.

Asimismo, el presente Plan de trabajo para cumplir con las acciones presentadas dentro del plan deberá fortalecer los mecanismos de las diferentes herramientas y capacidades técnicas así como la capacidad operativa de la institución.

De igual modo consideramos que para poner en marcha los procesos que conlleven a garantizar la prestación de dichos servicios, es necesario el compromiso de todo el personal especialmente en quienes ejercen liderazgo y los que desempeñan cargos directivos, evidenciándose también la necesidad de impulsar el trabajo en equipo.

II. FINALIDAD

Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud la mejora de la Calidad de atención de salud que se brinda a los pacientes del Hospital de Apoyo II-2 Sullana a traves de una correcta y oportuna Mejora Continua que garantice a los usuarios y al sistema de salud el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos a fin de lograr ser uno de los Hospitales acreditados a nivel Nacional.

III. JUSTIFICACIÓN

Conforme a las disposiciones señaladas en 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" vigente, el proceso de autoevaluación de la calidad de los servicios de salud como primera fase del proceso de acreditación es de carácter obligatorio. Los establecimientos de salud que alcancen más del 85% de cumplimiento de los estándares establecidos para su

categoría, pueden solicitar acceder a la evaluación externa, el cual según el marco normativo tiene carácter voluntario. El mismo que nos permite que nuestra IPRESS cuente con la capacidad para brindar prestaciones de calidad en base del cumplimiento de estándares para Hospitales con categoría II-2.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar a traves del área de acreditación el grado de cumplimiento de los estándares de calidad para la acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, según el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud de niveles II-2, establecidos por el Ministerio de salud para la identificación de fortalezas y procesos de mejoramiento con la Finalidad de Lograr ser un Hospital de Tipo II-2 Acreditado.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el puntaje de cumplimiento y el grado de los estándares correspondiente a los 21 Macroprocesos.
- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas.
- Identificar las oportunidades de mejora en los procesos del Hospital y las Estrategias necesarias para avanzar al cumplimiento de los estándares de Acreditación.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.
- Promover el desarrollo de proyectos de mejora continua de calidad en las diferentes áreas administrativas o asistenciales.
- Comprometer a los diferentes Órganos y unidades a la planificación y el desarrollo del Proceso de autoevaluación según los resultados obtenidos.
- Identificar las oportunidades de mejora en los procesos y las estrategias necesarias para avanzar al cumplimiento de los estándares de acreditación.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El proceso de Autoevaluación, comprende y alcanza a todas las Unidades Orgánicas, y funcionales que conforman el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, abordándose cada uno de ellos según los Macroprocesos: Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo que se desarrollan en la institución.

VI BASE LEGAL

- Ley Nª 26842 - "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Resolución Directoral N° 503-2021/GOB.REG.PIURA.DRSP.430020161 (16.07.2021).
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Decreto Legislativo Nº 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo Nº 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nº 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva Nº 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. Nº 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA que aprueba la NT Nº 050- MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".

- Decreto Supremo N°022-2024-SA - Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su 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.
- Ficha N°46-"Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de Salud"
- Resolución Directoral N°463-2024-HAS-DE-OPE-430020161, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

- Resolución Directoral N°658-2024-/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE-OPE-430020161, que aprueba el Plan de Autoevaluación 2023 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. METODOLOGÍA

El área de acreditación de la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de realizar el Proceso de autoevaluación la cual es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud, que cuenta con un equipo de evaluadores internos previamente capacitados, haciendo uso del listado de estándares de acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-2 y realizan una evaluación para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus áreas susceptibles de mejoramiento, así como las fortalezas con las que cuenta.

Durante el proceso de Autoevaluación el Equipo de Evaluadores Internos aplicó la observación directa, muestreo, encuestas, para evidenciar y /o verificar los criterios de evaluación de la lista de estándares.

El documento técnico utilizado fue el listado de estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 21 macro procesos que corresponden a los Establecimientos de Categoría II-2.
Para el desarrollo del plan de autoevaluación se utilizaron 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 y realizaran una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

VIII. ESTRUCTURA ORGANICA:

8.1. NATURALEZA:

El Área de Acreditación depende de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana

8.2. VALORES:

- Orientados y comprometidos con el paciente: Comprometidos con una forma de trabajar más justa con cada uno de los pacientes, porque son ellos el motivo y el centro de nuestra actividad. Nuestro objetivo es que cada paciente reciba la atención precisa, en el momento preciso, por parte del profesional preciso.
- Orientados hacia la calidad: A través de una actitud proactiva y con el objetivo de mejorar día a día el servicio que prestamos en cualquier ámbito de nuestra actividad.
- Orientados a la innovación y la tecnología: La Innovación Médica como eje diferencial de nuestra propuesta sanitaria. A la vez, la tecnología como elemento facilitador de la

relación con el paciente y todas las personas que interactúan con Nuestro Hospital en su actividad diaria ya sean pacientes, familiares o colaboradores de cualquier tipo.

8.3. MISIÓN:

Tenemos como Misión el compromiso con la sociedad de prestar una atención sanitaria de Calidad hacia el Usuario, basándonos en promover la mejora continua en la atención, asistencial, administrativa y de mejor accesibilidad y satisfacción del usuario.

8.4. VISIÓN:

Nuestra visión es seguir implantando e impulsando una buena atención y buen trato al usuario, para lo cual aspiramos en seguir mejorando los estándares de calidad en salud en lo asistencial y administrativo, con participación activa del personal en la satisfacción del usuario interno y externo.

8.5. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL:

- Resolución Directoral N° 1147-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161 Cargo de Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°517-2019/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable de la Mejora Continua de la Calidad del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- Resolución Directoral N°503-2021/GOB.REG.PIURA-DRSP.430020161, Responsable del área de Acreditación del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

IX. LINEAS O EJES DE ACCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE CALIDAD

9.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

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 la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud y sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional, local, en lo relativo a la calidad de atención y de la gestión.

Calidad de la Atención

Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de Salud y los Servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados por el usuario en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

Instrumentos de Calidad

Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar el propósito del sistema de Gestión de Calidad (Encuesta de satisfacción del usuario interno y externo), formatos para evaluación, Matriz de análisis de resultados de autoevaluación, Matriz para la elaboración de proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

Equipo de Gestión de la Calidad

Grupo de personas que trabajan para promover la evaluación de los servicios de salud, a fin de identificar problemas e implementar soluciones en base a una metodología sostenible para el mejoramiento de la calidad.

Mejora Continua

Metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de la garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Acreditación

La Acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico que se basa en la comparación del desempeño del hospital según el listado de estándares para la acreditación, orientada a promover la mejora continua de la calidad en salud.

Proceso de evaluación interna desarrollado por un grupo de evaluadores Internos del hospital previamente capacitados quienes, aplicando el listado de estándares, el mismo que cuenta con 22 Macroprocesos los mismos que identifican fortalezas y áreas susceptibles de mejora.

Autoevaluación

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en lo 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.

X. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

10.1. Autoevaluación:

Inicio de proceso a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección

a) La Fase de autoevaluación se realiza mínimo una vez al año.
b) Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

10.2. Resultados de la Evaluación

Los resultados de la evaluación para la acreditación se califican de la siguiente manera:

a) Acreditado: Calificación igual o mayor al 85% del cumplimiento de los estándares.
b) No Acreditado: menos del 85% del cumplimiento de los estándares.
En el caso de Puntaje obtenido entre 70% y menor del 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deberán subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación en un plazo de 06 meses

10.3. Instrumentos de la acreditación

1. Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos: Listado de Estándares de Acreditación, Guía del Evaluador, el aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.

2. El listado de Estándares de Acreditación será de tres tipos: para categorías I-1 hasta III-1, para categorías III-2 según especialidades, y para Servicios Médicos de Apoyo.

3. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por Macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.

4. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos. Los estándares genéricos son de aplicación universal cuales quiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda. Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.

5. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la Acreditación.

5. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo.

10.4. Procedimientos para el proceso de Acreditación

Se deberán observar los siguientes procedimientos:

1. Los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo públicos y privados deberán incluir la autoevaluación en el Plan Operativo Anual–POA o en documento de gestión similar.
2. Para el proceso de autoevaluación la autoridad institucional dispone la conformación de un Equipo de Acreditación.
3. La autoridad institucional selecciona los evaluadores internos según criterios preestablecidos.
4. Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional.
5. El Equipo de Acreditación, con el auspicio de la autoridad institucional, promueve la difusión y el conocimiento del Listado de Estándares de Acreditación entre el personal del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
6. La autoridad sanitaria designa los responsables de cada servicio/área/departamento para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente los externos.
7. Es obligatorio el reporte del inicio de la autoevaluación. Para el caso de los establecimientos de salud de la red asistencial del Ministerio de Salud el reporte se enviará a la instancia responsable de calidad de la Red de Servicios de Salud, y para el caso de los establecimientos de otros sectores informarán a la Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud o quien ejerza funciones similares en la DIRESA/DISA según corresponda.
8. El equipo evaluador interno realiza las acciones de evaluación según el plan elaborado y concluye con la emisión de un Informe Técnico de Autoevaluación que hará de conocimiento a la autoridad institucional para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción.
9. Cuando el establecimiento de salud/cabecera de micro red o servicio médico de apoyo haya obtenido en un proceso de autoevaluación el puntaje necesario para acreditar eleva el expediente presentado por la micro red, el establecimiento de salud o el servicio médico de apoyo según corresponda y solicita la evaluación externa a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud y en las DIRESA/DISA al Director General.

XI. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

- Elaboración del Plan de acreditación 2025.
- Reconformar el equipo de acreditación y emitir el acto resolutivo de aprobación.
- Conformar el equipo de evaluadores Internos por la Oficina de Gestión de la calidad, el mismo que debe ser aprobado con Resolución Directoral.
- Realizar reuniones de coordinación con los diferentes Departamentos, Unidades. Oficinas y servicios a fin de socializar las observaciones en el proceso de autoevaluación anterior.
- Programar capacitaciones a los equipos de autoevaluación y Acreditación
- Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación 2025 para la acreditación

- Reunión de apertura con el propósito de generar un espacio de coordinación de la alta dirección, los jefes y/o responsables de servicios, oficinas y departamentos.
- Ejecutar 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 evaluados designados, quienes deben interactuar.
- Realizar la reunión de cierre para presentar los resultados obtenidos en la autoevaluación y presentar las recomendaciones mayores.
- Elaboración del informe de autoevaluación será remitido a DIRESA-PIURA y a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del MINSA.
- Realizar Seguimiento e Implementación De Las Recomendaciones.

XII. PRESUPUESTO:

Los recursos presupuestales que se requieran para la ejecución del presente plan serán con cargo de la disponibilidad presupuestal de Acciones Administrativas del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

XIII. RESPONSABILIDADES:

14.1. OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Dirigirá el monitoreo, seguimiento y evaluación del presente Plan de Trabajo.
- Desarrollará la asistencia técnica en el marco de su competencia.
- Fomentar la colaboración y comunicación entre los órganos y unidades orgánicas e incentivar la validación e implementación de metodologías de mejoramiento continuo de la atención en salud y gestión, que tengan como finalidad establecer practicas humanizadas, seguras, coordinadas y transparentes.
- Monitorear cada etapa del proceso de Autoevaluación.

14.2. DEPARTAMENTOS, UNIDADES, AREAS, OFICINAS Y SERVICIOS

- Adoptar y colaborar con la implementación del presente Plan.
- Socializar el presente Plan.
- Fomentar la cultura de la mejora continua en sus servicios.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES/TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA											
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Ficha N° 46: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud														
TAREA N°1: Elaboración y aprobación de plan de autoevaluación, que cumpla el esquema establecido en la Guía técnica del evaluador y cuenta con aprobación mediante acto resolutivo.	Plan Aprobado Remitido a Diresa	1			X									
TAREA N°2: Conformación oficial de equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos.	Documento que conforma equipo remitido a DIRESA	1			X									
TAREA N°3: Capacitación de Evaluadores Internos	Fortalecimiento					X	X	X						
TAREA N°4: Comunicación del Proceso de autoevaluación (Fecha de Inicio), a su instancia superior correspondiente DIRESA.	Documento de comunicación a DIRESA	1								X				
TAREA N°5: Monitoreo de la ejecución del proceso de autoevaluación.	Informe	1									X	X		
TAREA N°6: Elaboración de informe técnico final de autoevaluación 2025 con resultados Semaforizado y hojas de registro de datos de autoevaluación.	Informe remitido a DIRESA	1											X	X

HOSPITAL DE SULLANA – SUPERVISOR – V° B° – OF. PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA – DIRECCIÓN EJECUTIVA – V° B°

XV. ANEXOS

PERÚ Ministerio de Salud

Ficha N°46: Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud

Nombre	Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud.	
Ámbito de evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos. **Observación**: Las DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, promueven que el 100% de sus EESS o al menos un porcentaje mayor que el año anterior realicen la Autoevaluación del proceso de Acreditación de establecimientos de salud en el 2025	
Definición	La Autoevaluacion es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud (PAES), que consiste en la evaluación periodica 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 normativa vigente.	
Justificación	La Ley N°26842 Ley General de la 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 implementacion 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. 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. **Base Legal:** RM N° 456-2007/MINSA, NTS para la Acreditación de establecimientos de Salud y SMA (incluye como anexo 3: Listado de Estándares de Acreditación para EESS con categoría I-1 a III-1). RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EESS y SMA. RM N° 491-2012/MINSA Listado de estándares de Acreditación para EESS con categoría III-2.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	**INSTITUTOS y HOSPITALES** (con y sin población asignada) **1.-** Los establecimientos de salud, con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente, con Acto Resolutivo o documento Oficial vigente para el periodo, cuentan con Plan de Autoevaluación 2025, que cumple el esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador y es aprobado con Acto Resolutivo o documento Oficial. El Hospital/Instituto regional remite el Plan y documento de aprobación de este a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS. **Plazo de recepción MINSA:** Hasta 30 de abril 2025 **2.-** Los establecimientos de salud, comunican con documento oficial el Inicio de Autoevaluación 2025 (fecha de inicio), a su instancia superior correspondiente DIRESA/GERESA/DIRIS, quien a su vez lo reportará formalmente a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente la comunicación a la UFGCS-DVMPAS del MINSA. **Plazo de recepción MINSA:** Hasta 30 de agosto 2025 **Fuente auditable:** Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos	Cumple con las acciones 1 y 2 = 20%

PERÚ MINSA

130

PERÚ Ministerio de Salud

Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).	
3.- Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2025, que cumple esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, que incluye reporte de resultados semaforizado y hojas de registro de datos de Autoevaluación, con resultado de autoevaluación mínimo esperado según categoría **(según tabla I)** El informe Técnico de Autoevaluación, las hojas de registro de datos de Autoevaluación y el archivo Excel de resultados emitido por el aplicativo para la Acreditación, deben ser remitidos por los Hospitales/Institutos regionales a la instancia superior correspondiente RED DE SALUD/DIRESA/GERESA/DIRIS y a través de ellas a la UFGCS-DVMPAS en *plazo previsto.* Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS DVMPAS. **Plazo de recepción MINSA:** Hasta 30 de diciembre 2025 **Fuente auditable:** Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional). Este informe abarcará el cumplimiento de las acciones 3, 4 y 5.	Cumple con acción 3 = 50%
4.- Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2024, según lo mencionado en acción 3, donde además se identifica que alcanzaron el % de resultado de Autoevaluación esperado **(según tabla I)**. **Tabla I** **EESS** / **Resultado de Autoevaluación 2025 (EESS cumple ambos requisitos)** **Mínimo esperado 2025** / **Incrementa resultado respecto al año anterior*** II-1: 50% — II-2 y III-1: 60% — III-2: 70% — 5% **Incremento mínimo de 5% respecto al año anterior o contar con Autoevaluación aprobada (resultado 85% o más).*	Cumple con acción 4 = 20%
5- Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2025, según lo mencionado en acción 3 y han aprobado la Autoevaluación (resultado de Autoevaluación 2025 igual o mayor a 85%)	Cumple con acción 5 = 10%

PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD/DIRESA/GERESA/DIRIS

Las Redes de Salud, DIRESA/GERESA/DIRIS conducen el proceso de Acreditación de EESS en su jurisdicción. Gestionan la implementación de la Autoevaluación en los EESS del primer nivel de atención seleccionados.

Observaciones:

-El número de EESS del primer nivel de la Red de Salud, seleccionados para realizar Autoevaluación del PAES 2025, se establecerá con relación al avance del año anterior, de acuerdo al rango descrito en la Tabla II:

Tabla II

N° total de EESS de la Red de Salud	Autoevaluación 2025 (Red cumple ambos requisitos)	
	% mínimo de EESS seleccionados	Incrementa EESS respecto al año anterior *
Menos de 50 EESS	70%	20%
51 a 100 EESS	60%	
Mas de 100 EESS	50%	

-*El incremento del 20% aplica para las Redes de Salud que en el año anterior superaron el porcentaje mínimo de EESS Autoevaluados establecidos en Tabla II.

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento

Cumple con acciones 1 y 2 = 30%

-Si el año anterior la Red de Salud realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2025 será el 100% de EESS.

-En ningún caso el porcentaje de EESS seleccionados por la Red será menor o igual a lo alcanzado el año anterior.

-Para DIRESA/GERESA/DIRIS, el número de EESS de primer nivel seleccionados que realizarán Autoevaluación 2025, será la sumatoria de los EESS seleccionados por cada una de las Redes de Salud de su ámbito jurisdiccional.

-Si el año anterior la DIRESA/GERESA/DIRIS realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2025 será el 100% de EESS.

-El número de EESS seleccionados según los parámetros establecidos en la presente ficha se registrarán en Acta de Reunión de Negociación de Convenio de Gestión.

Para cumplir el compromiso **la Red de Salud** remite formalmente informes consolidados de su jurisdicción a la **DIRESA/GERESA** y a través de ella a la **UFGCS-DVMPAS** en plazo previsto. Así como la **DIRESA/GERESA/DIRIS** elabora y remite informes consolidados regionales directamente a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto.

1. Informe consolidado de la Red, que incluye la **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que conformaron formalmente Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos, con Acto Resolutivo o documento Oficial vigente para el periodo, y que cuentan con Plan de Autoevaluación 2025, según guía del evaluador, aprobado con Acto Resolutivo o documento Oficial.

   Plazo de recepción:

   Hasta 15 de junio 2025 (Red de Salud a DIRESA/GERESA/DIRIS).

   Hasta 30 de junio 2025 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).

2. Informe consolidado de la Red, que incluye la **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que comunicaron con

132

PERÚ Ministerio de Salud

	documento oficial el Inicio de Autoevaluación 2025 (fecha de inicio), a su instancia superior correspondiente DIRESA/GERESA/DIRIS, quien a su vez lo reportará formalmente a la UFGCS-DVMPAS. ***Plazo de recepción:*** Hasta 15 de Setiembre 2025 (Red a DIRESA/GERESA/DIRIS). Hasta 30 de Setiembre 2025 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS). **Fuente auditable:** Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud y consolidado jurisdiccional).	
	3. Informe consolidado de la Red, con los EESS de primer nivel que realizaron autoevaluación durante el año 2025, que incluya como anexos: ✓ **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA que registra los resultados de Autoevaluación de los EESS del primer nivel que cumplieron con las acciones 1, 2 y 3. ✓ **Link de acceso a los reportes Excel de resultados semaforizados de Autoevaluación** emitidos por el Aplicativo para la Acreditación, de cada uno de los EESS registrados en la Matriz. *Cumple cuando se evidencia en el Informe consolidado que todos los EESS del primer nivel de atención seleccionados realizaron Autoevaluación 2025. **Plazo de recepción:** Hasta 15 de diciembre 2025. (Red a DIRESA/GERESA/DIRIS). Hasta 30 de diciembre 2025 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS). **Fuente auditable:** Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA, elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud y consolidado jurisdiccional).	Cumple con acción 3 = 50%
	4. Informe consolidado de la Red/RIS/DIRESA/GERESA/DIRIS, con los EESS de primer nivel que realizaron autoevaluación durante el año 2025, según lo mencionado en acción 3, que muestra que más del 80% del total de EESS del primer nivel de atención de la jurisdicción realizaron el procedimiento de Autoevaluación 2025	Cumple con acción 4 = 10%
	5. Informe consolidado de la Red/DIRESA/GERESA/DIRIS, con los EESS de primer nivel que realizaron autoevaluación durante el año 2025, según lo mencionado en acción 3, que muestra que el 100% de EESS (total de EESS del primer nivel de atención) de la jurisdicción realizaron el procedimiento de Autoevaluación 2025.	Cumple con acción 5 = 10%
Responsable técnico y de la información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS), en base a los informes remitidos por hospitales e Institutos Nacionales, RED/DIRESA/GERESA y DIRIS.	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	

MINISTERIO DE SALUD

No. 270-2009/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 23 de ABRIL del 2009

Visto, el Expediente N° 07-070114-001, que contiene el Informe N° 321/2008-DGSP-DCS/MINSA y la Nota Informativa N° 051-2009-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas, y el Informe N° 346-2009-OGAJ/MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica, relacionada a la propuesta de Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 44° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, encarga a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, establecer las normas del sistema de acreditación para servicios y establecimientos de salud, así como, establecer los mecanismos para su difusión y cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes al de Garantía y Mejoramiento de la Calidad siendo una de sus líneas de acción, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad 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;

V. Rojas M.

D. León Ch.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la **"GUIA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO"**, 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.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, es responsable de la difusión y cumplimiento de la citada Guía Técnica aprobada en la presente resolución.

Artículo 3° - La Guía Técnica entrará en vigencia al día siguiente de la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Diario Oficial "El Peruano".

Artículo 4° - Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la Guía Técnica aprobada en el artículo 1° de la presente resolución, en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/portada/transparencia/normas.asp de la Portada de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

OSCAR RAUL UGARTE URIBE
Ministro de Salud

C. CRUZ S

V. Rojas M.

D. León Gl.

MINISTERIO DE SALUD

No. 456-2007/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 04 de JUNIO del 2007

Visto: el Expediente N°06-113408-001, que contiene el Oficio N°1976-2007-DGSP/MINSA

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que la Dirección General de Salud de las Personas, ha formulado la propuesta modificatoria de la mencionada norma técnica, cuya finalidad es 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;

Con la opinión favorable de la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Viceministro de Salud, el Director General de Salud de las personas y el Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del Artículo 8° de la Ley N°27657 Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y tres (03) Anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.

J. Caldas

V. Zumaran A.

Artículo 2°.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Calidad en Salud, la difusión e implementación de la mencionada Norma Técnica de Salud.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud y las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, son responsables de la aplicación de la mencionada Norma Técnica de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique en el Portal de Internet del Ministerio de Salud la presente norma técnica.

Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N°703-2006/MINSA del 26 de julio de 2006.

Regístrese, comuníquese y publíquese

Carlos VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud

V. Zumaran A.

Magly Garcia B.

J. Calderón Y.