



HOSPITAL EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA

Documento Técnico: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2025

ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RM: 456-2007/MINSA

Equipo de Evaluadores Internos

UNIDAD ORGÁNICA	RESPONSABLE	VºBº
Propuesto por:	Dra. Maybe Cleofe Mendoza Fernández	 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Firmado digitalmente por MENDOZA FERNANDEZ Maybe Cleofe FAU 20138100015 hard Motivo: Doy Vº Bº Fecha: 12.02.2025 12:58:28 -05:00
Cargo	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad	
Fecha		
Revisado por:	Dra. Karina Arali Vidalón López	 Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Firmado digitalmente por VIDALON LOPEZ Karina Arali FAU 20138100015 soft Motivo: Doy Vº Bº Fecha: 12.02.2025 14:46:40 -05:00
Cargo	Directora Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	
Fecha		
Aprobado por:	Dr. Alberto Gonzales Guzmán	
Cargo	Director General del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"	
Fecha		

INDICE

I.	INTRODUCCION	2
II.	JUSTIFICACIÓN	2
III.	FINALIDAD	3
IV.	OBJETIVO	3
4.1	Objetivo general.....	3
4.2	Objetivos específicos.....	3
V.	ALCANCE	3
VI.	BASE LEGAL	3
VII.	METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN:	4
7.1	Aspectos técnicos conceptuales (definiciones operativas).....	4
7.2	Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo	6
7.3	Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI. Articulación estratégica con los objetivos y acciones del POI.	8
7.4	Actividades por objetivos:.....	8
7.4.1	Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables ...	8
7.4.2	Costeo de las Actividades por tarea.	9
7.4.3	Cronograma de actividades: FORMATO 1: “MATRIZ DE PROGRAMACION DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES”.....	10
7.4.4	Responsables para el desarrollo de cada actividad.....	11
7.4.5	Indicadores	11
7.5	Presupuesto:	12
7.6	Financiamiento:.....	12
7.7	Acciones de monitoreo supervisión y evaluación del plan.....	12
7.7.1	Periodo de ejecución:.....	12
7.7.2	Responsabilidades:	12
VIII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN 2025	14
IX.	EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	17
X.	BIBLIOGRAFÍA:	19

I. INTRODUCCION

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

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

La Autoevaluación es la fase inicial del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

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

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

II. JUSTIFICACIÓN

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

En ese contexto, el HEJCU ha implementado la fase de Autoevaluación en virtud de la necesidad de mejorar continuamente y de manera progresiva, pese haber obtenido un resultado favorable en la autoevaluación realizada en el año 2024 de 94%, consideramos que debemos autoevaluarnos periódicamente y sobre todo previo a la solicitud de visita de los Evaluadores Externos, pues consideramos que nuestro mayor compromiso de mejora es monitorear la continuidad de nuestros logros. Por lo que en el presente año se ha considerado como estrategias previa la visita de los Evaluadores externos realizar la autoevaluación 2025 y con dichos resultados nos permitirán mejorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento a los estándares de calidad establecidas para los establecimientos de salud de nivel III-1.

Además, como IPRESS especializada en emergencias estamos comprometidos con mejorar la calidad de atención al usuario, considerando que durante la pandemia COVID 19, resultó necesario la implementación de nuevas tecnologías y herramientas; como la telemedicina y telegestión, que permitió en dicho periodo la ejecución de actividades asistenciales y de gestión que a la actualidad se han sumado como parte de nuestros procesos de servicios de salud.

Finalmente mencionar, que la realización de la Autoevaluación y la elaboración del Plan de Autoevaluación es un procedimiento de obligatorio cumplimiento como parte del proceso de Acreditación y tiene como propósito evaluar y verificar el

cumplimiento de los estándares establecidas para mejorar aquellos procesos estratégicos para mantener elevados estándares de calidad técnicos, humanos y de gestión.

III. FINALIDAD

El plan de autoevaluación busca promover la mejora continua en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, alineándose con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud y garantizando así una atención adecuada y segura para la población.

IV. OBJETIVO

4.1 Objetivo general.

Contribuir a garantizar que el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos de Categoría III-E orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.

4.2 Objetivos específicos.

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

V. ALCANCE

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

VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, se aprobó la "Ley General de Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSA, se aprobó la "Norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009 MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la mejora continua de la calidad".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la NTS N° 021-MINSA "Categoría de Establecimiento de Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, se aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de Servicios de Emergencias".
- Resolución Directoral N°091-2012-DG-HEJCU, se aprobó el "Manual de Organización y Funciones del HEJCU".

- Resolución Directoral N° 054-2021-DG-HEJCU, se aprobó el "Manual de Procesos y Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 215-2023-DG-HEJCU, que aprueba la Directiva N°004-2023-DG-HEJCU, Directiva Administrativa "Disposiciones para regular la Formulación, Seguimiento, y Evaluación de los Planes Específicos en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
- Resolución Directoral N°283-2024-DG-HEJCU. Que aprueba el Plan Operativo Institucional Anual 2025 Consistente con el PIA 2025 del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Resolución Directoral N° 023-2025, se aprobó la conformación del Equipo de Acreditación 2025 del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

VII. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN:

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

7.1 Aspectos técnicos conceptuales (definiciones operativas)

- 7.1.1 Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- 7.1.2 Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 7.1.3 Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- 7.1.4 Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- 7.1.5 Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
- 7.1.6 Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

- 7.1.7 Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- 7.1.8 Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- 7.1.9 Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.
- 7.1.10 Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.
- 7.1.11 Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
- 7.1.12 Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
- 7.1.13 Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
- 7.1.14 Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
- 7.1.15 Eventos adversos en salud:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- 7.1.16 Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
- 7.1.17 Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
- 7.1.18 Informe técnico de la evaluación externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para

conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.

7.1.19 Informe técnico de seguimiento de la acreditación: Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe técnico de la evaluación externa.

7.1.20 Listado de Estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

7.1.21 Servicios médicos de apoyo: Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

7.2 Análisis de la situación actual del aspecto sanitario o administrativo

7.2.1 Antecedentes

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

7.2.2 Problema (magnitud y caracterización)

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

- Escasos programas de capacitación en procesos.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de gestión de la calidad.
- Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.
- Desinterés y desmotivación del usuario interno.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
- Alta resistencia al cambio.

7.2.3 Causas

- Falta de inversión en formación y desarrollo profesional dentro de la organización.

- Enfoque limitado en la importancia de la calidad en la estrategia organizacional, generando un ciclo negativo en el que la falta de formación perpetúa la insuficiencia de personal capacitado.
- Comunicación interna deficiente.

7.2.4 Población objetivo.

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

7.2.5 Alternativas de solución

- Charla motivacional para el personal.
- Capacitación y acompañamiento al personal que participa en el proceso de autoevaluación.
- Reconocimiento al personal que conducirá el proceso de autoevaluación.

**7.3 Articulación estratégica con los objetivos y acciones del PEI.
Articulación estratégica con los objetivos y acciones del POI.**

Objetivo PEI	Objetivo General	Acción Estratégica Institucional	Objetivos Específicos
OEI.02 Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en Redes Integradas de Salud, centradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	Contribuir a garantizar que el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales para establecimientos de Categoría III-E orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.	AEI.02.03. Redes Integradas de Salud, implementadas progresivamente a nivel nacional. AEI.02.04. Atención de Urgencias y Emergencias Médicas, eficiente y oportuna.	OE.1. Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de la categoría III-E del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" OE.2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para cumplimiento de criterios y estándares de acreditación

7.4 Actividades por objetivos:

7.4.1 Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU	Resolución Directoral	1	Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación	Acta	20	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA"- 2025

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
	Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación	Oficio	1	Dirección General
Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de acreditación.	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos	Matriz de resultados	21	Equipo de Evaluadores Internos
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad

7.4.2 Costeo de las Actividades por tarea.

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta Física Anual	Costo por OE	Costo
Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	S/. 0.00	S/. 0.00
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1	S/. 0.00	
	Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Resolución Directoral	1	S/. 0.00	
	Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU	Resolución Directoral	1	S/. 0.00	
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación	Acta	20	S/. 0.00	
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Informe	1	S/. 0.00	
	Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación	Oficio	1	S/. 0.00	
Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de acreditación.	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos		21	S/. 0.00	S/. 0.00
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación	Informe	1	S/. 0.00	
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación	Informe	1	S/. 0.00	
Total				S/. 0.00	S/. 0.00

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

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Estructura Programática Operativa										Responsable			
			Programación de Metas Físicas					Estructura Programática del Presupuesto								
			Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	Meta Física Anual	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	Costo por OE		Costo		
Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el Minsa para el establecimiento de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	x					1	S/. 0					S/. 0.00		Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	x					1	S/. 0					S/. 0.00		Dirección General
	Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Resolución Directoral	x					1	S/. 0					S/. 0.00		Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU	Resolución Directoral	x					1	S/. 0					S/. 0.00	S/. 0.00	Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación	Acta	x					20	S/. 0					S/. 0.00		Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Informe	x					1	S/. 0					S/. 0.00		Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación a la DIRIS del inicio de la autoevaluación	Oficio	x					1	S/. 0					S/. 0.00		Dirección General
	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los Macroprocesos	Macroprocesos	x					21	S/. 0					S/. 0.00		Equipo de Evaluadores Internos
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación	Informe		x				1			S/. 0			S/. 0.00	S/. 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación	Informe			x			1				S/. 0	S/. 0	S/. 0.00	S/. 0.00	Oficina de Gestión de la Calidad

7.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Responsable
Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Elaboración del plan de autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Dirección General
	Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Dirección General
	Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU	Dirección General
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación	Dirección General
	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos
Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del plan de autoevaluación	Oficina de Gestión de la Calidad

7.4.5 Indicadores

OBJETIVO OE.1	OE.1. 1. Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MINSA para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
Nombre del indicador 01	% Cumplimiento del Plan de Autoevaluación
Método de calculo	$\frac{APE}{AP} X 100$ <p>APE: Numero de actividades programadas ejecutadas. AP: Numero de actividades programadas</p>

Meta del indicador	100% de cumplimiento del Plan de Autoevaluación
OBJETIVO OE.2	OE.2 2. Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.
Nombre del indicador 02	% de Cumplimiento de las Recomendaciones Implementadas
Método de calculo	$\frac{RI}{RT} X 100$ <p>RI: Numero de Recomendaciones implementadas. RT: Numero de Recomendaciones Totales</p>
Meta del indicador	80% de cumplimiento de recomendaciones

7.5 Presupuesto:

Objetivos Específicos	Presupuesto
Promover la Mejora Continua	S/ 00,000.00

7.6 Financiamiento:

El financiamiento del siguiente plan estará a dado por el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

7.7 Acciones de monitoreo supervisión y evaluación del plan

7.7.1 Periodo de ejecución:

El siguiente Plan se ejecutará desde el 17 de marzo hasta el 31 de diciembre del año 2025.

7.7.2 Responsabilidades:

De la Oficina de Gestión de la Calidad:

- Define las acciones de planificación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo de Acreditación del establecimiento de salud. Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud. Destina recursos para la realización de la autoevaluación, evaluación externa, y para las acciones de mejoramiento continuo. Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

- Coordinar con evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud/DIRESA/DIRIS según corresponda.

Del Evaluador Interno:

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

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA" - 2025

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN 2025

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta Física Anual	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el MNSA para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	X											
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral	1	X											
	Actualizar y conformación del equipo de evaluadores internos para la autoevaluación	Resolución Directoral	1	X											
	Actualización y conformación del equipo de acreditación del HEJCU	Resolución Directoral	1	X											
Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación	Acta	40		X										
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Informe	1		X										
	Comunicación a la DIRIS del Inicio de la autoevaluación	Oficio	1		X										
	Autoevaluación: Equipo de Autoevaluación y Acreditadores interactuando para evaluar los macroprocesos		22		X	X									
Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación	Informe	1				X								
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación	Informe	1					X		X				X	

CRONOGRAMA DETALLADO POR MACROPROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2025

MACRO PROCESO	RESPONSABLE DE MACROPROCESO	EVALUADORES INTERNOS	17- feb	18- feb	19- feb	20- feb	21- feb	24- feb	25- feb	26- feb	27- feb	28- feb	03- mar	04- mar	05- mar	06- mar	07- mar	10- mar	11- mar	12- mar
Direccionamiento	Jefe(a) de Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	Dr. Jackson Newton Sánchez Pomalaza	X				X													
Atención Emergencia	Jefe(a) del Departamento de Medicina	Dr. Pablo Frans Claro Rojas		X																
Referencia y Contrarreferencia	Coordinador(a) de Referencia y Contrarreferencias	Lic. Karla Yuliana Rodas Ríos			X															
Atención Quirúrgica	Jefe(a) del Departamento de Anestesiología	Dra. Ana Luisa Salazar Tuppia				X		X												
Manejo del Riesgo Social	Jefe(a) de Departamento de Servicio Social	Lic. Karla Yuliana Rodas Ríos					X													
Manejo de Nutrición	Jefe(a) de Departamento de Nutrición	Dra. Ana Luisa Salazar Tuppia						X												
Manejo del Riesgo de Atención	Jefe(a) de Oficina de Gestión de la Calidad	Dr. Jackson Newton Sánchez Pomalaza						X				X								
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	Jefe(a) de Servicio de Esterilización	Dr. Pablo Frans Claro Rojas							X											
Gestión de la Calidad	Jefe(a) de Oficina de Gestión de la Calidad	Lic. Karla Yuliana Rodas Ríos								X										
Atención Ambulatoria	Jefe(a) del Departamento de Traumatología	Dra. Natali Juliana León Guerra									X									

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSE CASIMIRO ULLOA" - 2025

MACRO PROCESO	RESPONSABLE DE MACROPROCESO	EVALUADORES INTERNOS	17- feb	18- feb	19- feb	20- feb	21- feb	24- feb	25- feb	26- feb	27- feb	28- feb	03- mar	04- mar	05- mar	06- mar	07- mar	10- mar	11- mar	12- mar
Gestión de Recursos Humanos	Jefe(a) de Oficina de Personal	Dra. Natali León Guerra Juliana								X										
Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Jefe(a) del Departamento de Patología Clínica	Dra. Ana Luisa Salazar Tuppia									X									
Gestión de Insumos y Materiales	Jefe(a) de Oficina de Logística	Lic. Martha Ynes Sosa Chara											X							
Gestión de Medicamentos	Jefe(a) de Departamento de Farmacia	Dr. Jackson Newton Sánchez Pomalaza											X				X			
Gestión de Equipos e Infraestructura	Jefe(a) de Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Lic. Martha Ynes Sosa Chara												X						
Docencia e Investigación	Jefe(a) de Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	Dra. Natali León Guerra Juliana													X					
Admisión y Alta	Jefe(a) de Oficina de Estadística e Informática	Lic. Martha Ynes Sosa Chara														X				
Gestión de la Información	Jefe(a) de Oficina de Estadística e Informática	Dra. Maybe Cleofe Mendoza Fernandez															X			
Emergencias y Desastres	Jefe(a) de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Desastres	Dra. Maybe Cleofe Mendoza Fernandez																X		
Atención de Hospitalización	Jefe(a) del Departamento de Cirugía	Dr. Pablo Frans Claro Rojas																	X	
Control de la Gestión y Prestación	Jefe(a) de Oficina de Gestión de la Calidad	Dra. Maybe Cleofe Mendoza Fernandez																		X

IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

9.1 Equipo de Acreditación

N°	ORGANO/UNIDAD ORGANICA	RESPONSABLE DEL ORGANO/ UNIDAD ORGANICA	CARGO
1	Dirección General	Director(a) General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	Coordinador
2	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe(a) de la Oficina de Gestión de la Calidad	Integrante
3	Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	Jefe(a) de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto	Integrante
4	Oficina Ejecutiva de Administración	Jefe(a) de la Oficina Ejecutiva de Administración	Integrante
5	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	Jefe(a) de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación	Integrante
6	Oficina de Estadística e Informática	Jefe(a) de la Oficina de Estadística e Informática	Integrante
7	Oficina de Seguros	Jefe(a) de la Oficina de Seguros	Integrante
8	Oficina de Comunicaciones	Jefe(a) de la Oficina de Comunicaciones	Integrante
9	Oficina de Logística	Jefe(a) de la Oficina de Logística	Integrante
10	Oficina de Economía	Jefe(a) de la Oficina de Economía	Integrante
11	Oficina de Personal	Jefe(a) de la Oficina de Personal	Integrante
12	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Jefe(a) de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Integrante
13	Oficina de Asesoría Jurídica	Jefe(a) de la Oficina de Asesoría Jurídica	Integrante
14	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Jefe(a) de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Integrante
15	Departamento de Medicina	Jefe(a) de la Departamento de Medicina	Integrante
16	Departamento de Cirugía	Jefe(a) de la Departamento de Cirugía	Integrante
17	Departamento de Traumatología	Jefe(a) de la Departamento de Traumatología	Integrante
18	Departamento de Neurocirugía	Jefe(a) de la Departamento de Neurocirugía	Integrante
19	Departamento de Anestesiología	Jefe(a) de la Departamento de Anestesiología	Integrante
20	Departamento de Enfermería	Jefe(a) de la Departamento de Enfermería	Integrante
21	Departamento de Patología Clínica	Jefe(a) de la Departamento de Patología Clínica	Integrante
22	Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Jefe(a) de la Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Integrante
23	Departamento de Farmacia	Jefe(a) de la Departamento de Farmacia	Integrante
24	Departamento de Servicio Social	Jefe(a) de la Departamento de Servicio Social	Integrante
25	Departamento de Nutrición	Jefe(a) de la Departamento de Nutrición	Integrante
26	Servicio de Cuidados Críticos	Jefe(a) de la Servicio de Cuidados Críticos	Integrante
27	Servicio de Esterilización	Jefe(a) de la Servicio de Esterilización	Integrante
28	Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico	Jefe(a) de la Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico	Integrante
29	Servicio de Enfermería en Cuidados Críticos y Neuro Trauma	Jefe(a) de la Servicio de Enfermería en Cuidados Críticos y Neuro Trauma	Integrante
30	Servicio de Enfermería en Cirugía Hospitalización	Jefe(a) de la Servicio de Enfermería en Cirugía Hospitalización	Integrante
31	Servicio de Enfermería en Traumatología Hospitalización	Jefe(a) de la Servicio de Enfermería en Traumatología Hospitalización	Integrante
32	Servicio de Enfermería en Medicina Hospitalización	Jefe(a) de la Servicio de Enfermería en Medicina Hospitalización	Integrante

Fuente: Resolución Directoral N°023-2025-DG-HEJCU

9.2 Equipo de Evaluadores Internos

NOMBRES Y APELLIDOS	ORGANO/ UNIDAD ORGANICA	CARGO
Dra. Maybe Cleofe Mendoza Fernandez	Oficina de Gestión de la Calidad	Evaluador Líder
Dr. Jackson Newton Sánchez Pomalaza	Oficina de Seguros	Evaluador Interno
Lic. Martha Ynes Sosa Chara	Oficina de Economía	Evaluadora Interna
Dra. Ana Luisa Salazar Tuppia	Departamento de Medicina	Evaluadora Interna
Dr. Pablo Frans Claro Rojas	Departamento de Cirugía	Evaluador Interno
Lic. Karla Yuliana Rodas Ríos	Departamento de Enfermería	Evaluadora Interna
Dra. Natali Juliana León Guerra	Servicio de Cuidados Críticos	Evaluadora Interna

Fuente: Resolución Directoral N°024-2025-DG-HEJCU / Resolución Directoral N°032-2025-DG-HEJCU.

X. BIBLIOGRAFÍA:

1. Borja, A. 2004. Resumen histórico del proceso de acreditación de servicios de salud en el Perú. Documento técnico del Ministerio de Salud del Perú.
2. Becerril- Montekio, JD.Reyes. Sistema de Salud de Chile.2010
3. Carbajal, R., et al. Análisis del objeto y proceso de acreditación en el país desde los grupos de interés. Material de Consultoría al MINSA. 2003.
4. Carboni, H.R. 2004. "Principales orientaciones de algunos modelos de acreditación que hoy se usan en el mundo". Salud y Futuro. Santiago de Chile.
5. Centro de Gestión Hospitalaria. 2000. "Acreditación en Salud: aprendiendo de la experiencia mundial". Bogotá.
6. Consejo Nacional de Descentralización. 2005. Plan de Transferencias Sectorial, quinquenio 2005-2009. Lima.
7. Cosavalente, O.; et al. 2004. La acreditación en seis países industrializados. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
8. Ministerio de Salud de Colombia. 2000. Informe final de revisión de experiencias internacionales. Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y Organismos Encargados de la Operación del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de Servicios. Elaborado por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED.
9. Minsa -DECS. 2003. Reunión Técnica, Acreditación en el Perú: Contexto actual y perspectivas. Lima.
10. Minsa –Listado de Estándares de Acreditación Nivel III-1 versión 02 -2007.Perú.
11. Norma Técnica N° 050-Minsa/DGSP-V.02-2007.Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo. Perú.
12. RM 270-2009/ Minsa .Guía técnica del evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo.
13. Raúl Francisco Restrepo. Bogotá. 2002 Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud, Texto Académico para la Pontificia Universidad Javeriana.
14. Rodríguez- Acreditación en Salud, Normas y Calidad 2013. Colombia.Acreditación en salud .org.co
15. Sanabria Morales -2019 Colombia.. Acreditación en salud: enfoque al usuario y su familia.
16. Taylor, B.; Análisis circunstancial y el Plan de Trabajo de alto nivel para el área de calidad del Programa de Acreditación en Perú. Documento de proyecto. CCSHA. Lima, 2003.
17. Ugarte, O. 2004. Exposición "Descentralización en Salud: Mapa Concertado de Competencias en Salud. Lima.
18. Valdés J. ...de salud. Observatorio de buenas prácticas en salud 2013 .Chile. Elaboración y Gestión de documentos para el proceso de Acreditación en salud.
19. Yehuda Dror-DNV/ Healthcare-Inc. 2011.Promoción de la calidad y seguridad en un programa integrado de Acreditación hospitalaria.
20. Zapata MA-Vanegas .Revista de Salud Pública 2020-Scielo Public health.