MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
LIMA CENTRO
HOSPITAL SANTA ROSA

N° 100 - 2025
DG-HSR-MINSA

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Directoral

Lima, 20 de marzo de 2025

VISTOS:

La Nota Informativa N° 000063-2025-OGC/HSR, del 14 de febrero del 2025, de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°000017-2025-UPLANES/HSR, del 05 de marzo del 2025, de la Unidad de Planes, el Memorando N°000600-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 07 de marzo del 2025, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico e Informe Nº 000131-2025-OAJ/HSR, de fecha 12 de marzo del 2025, de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, el Hospital Santa Rosa, es una Entidad de Salud Nivel III- 1, responsable de brindar una atención descentralizada a todos los pacientes que concurren a la institución y lograr respuestas efectivas ante las distintas enfermedades e implementar programas de atención sanitaria eficiente e innovadores que satisfagan las necesidades de los pacientes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM se aprueba de Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de los Hospitales estableciendo directrices. para la estructura organizativa y funcional de los hospitales en el Perú. Este modelo define entre otros aspectos, la creación de la Oficina de Gestión de la Calidad encargada de implementar sistemas de gestión de calidad y promover la mejora continua en la atención de salud. En consonancia con esta normativa, el Hospital Santa Rosa ha desarrollado su Plan para la Acreditación 2025 cuyo objetivo es evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud para hospitales de categoría III-1;

Que mediante la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que establece las bases conceptuales y los principios para implementar un sistema de gestión de calidad de los servicios de salud en el Perú. Este documento tiene como objetivo orientar, organizar y dirigir los procesos de garantía y mejora de la calidad, asegurando una atención segura, efectiva y centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios;

Que mediante la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio del 2007, se establece los lineamientos y estándares para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en el Perú. Esta norma técnica define los criterios y procedimientos que deben seguir las instituciones de salud para garantizar una atención de calidad y seguridad a los pacientes;

Que mediante la Resolución Ministerial Nº 090-2022/MINSA, del 21 de febrero del 2022, se aprueba la Directiva Administrativa Nº326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad Contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD - DIRECCIÓN GENERAL - HOSPITAL SANTA ROSA - VºBº

HOSPITAL SANTA ROSA - ASESORÍA JURÍDICA - VºBº - R. MARTINEZ M.

HOSPITAL SANTA ROSA - GESTIÓN DE LA CALIDAD - VºBº

MINISTERIO DE SALUD - JEFE OEPE - VºBº - HOSPITAL SANTA ROSA - C. RAZURI

Que mediante la Resolución Directoral N°349-2024-DG-HSR-MINSA de fecha 30 de diciembre del 2024, se aprueba el Plan Operativo Institucional de Apertura (POI) 2025 del Hospital Santa Rosa el cual es considerado como documento de gestión que establece los lineamientos en el marco de la modernización de la Gestión Pública para el desarrollo de las actividades programadas en el año fiscal, dentro del POI 2025 se incluyen iniciativas orientadas a la mejora continua de la calidad de los servicios de salud entre las cuales destaca la implementación de un Plan de Acreditación;

Que, de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 1022-2007/MINSA, las funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad, es la encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad con la participación activa de todo el personal, por lo que, es responsable de elaborar el presente documento denominado "Plan de la Acreditación 2025";

Que mediante la Nota Informativa N° 000063-2025-OGC/HSR, del 14 de febrero del 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General el proyecto del "Plan de la Acreditación 2025" con la finalidad de ser aprobado mediante la resolución directoral respectiva;

Que mediante el Informe N° 000017-2025-UPLANES/HSR, de fecha 05 de marzo del 2025, la Unidad de Planes, emite opinión técnica favorable validando así la estructura del "Plan de la Acreditación 2025", concluyendo que el referido Plan, cuenta con la estructura y los criterios metodológicos establecidos en la Directiva Administrativa Nº 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud, y se encuentra articulado con el Plan Operativo Institucional 2025 del Hospital Santa Rosa, a través de la Oficina de Gestión de la Calidad. Asimismo, se precisa que el Plan se financiará de acuerdo a la programación de gasto asignada en el presente ejercicio al centro de costo de la Oficina de Gestión de la Calidad y sujeto a la disponibilidad presupuestal del Hospital Santa Rosa;

Que mediante el Memorando N° 000600-2025-OEPLANEAMIENTO/HSR, de fecha 07 de marzo del 2025, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, otorga opinión técnica favorable a la aprobación del "Plan de Acreditación 2025", al contar con la estructura y los criterios metodológicos establecidos en la Directiva Administrativa Nº 326-MINSA/OGPPM-2022 y se encuentra articulado con el Plan Operativo Institucional actualizado 2025;

Que mediante el Informe Informe Nº000131-2025-OAJ/HSR, de fecha 12 de marzo del 2025, la Oficina de Asesoría Jurídica otorga opinión favorable a la aprobación del "Plan de la Acreditación 2025", al verificarse que el referido plan contempla el fortalecimiento de las competencias de los evaluadores internos y el monitoreo constante de las acciones de mejora continua, todo ello enmarcado en las directrices establecidas en la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, Directiva para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud, en los lineamientos de la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, y asimismo se financiará de acuerdo a la programación de gasto asignada en el presente ejercicio al centro de costo de la Oficina de Gestión de la Calidad y sujeto a la disponibilidad presupuestal del Hospital Santa Rosa;

Con los vistos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

En uso de las facultades conferidas en el literal e) del artículo 6º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado mediante Resolución Ministerial Nº1022-2022-MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR el documento denominado **"Plan de Acreditación 2025"** del Hospital Santa Rosa, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°. – DEJESE SIN EFECTO la Resolución Directoral N° 129-2024-DG-HSR-MINSA del 17 de mayo del 2024 que aprobó el Plan Anual de la Acreditación 2024 del Hospital Santa Rosa.

DIRECCIÓN DE SALUD V LIMA CIUDAD · HOSPITAL SANTA ROSA · VºBº DIRECCIÓN GENERAL

HOSPITAL SANTA ROSA · VºBº · ASESORÍA JURÍDICA · R. MARTINEZ M.

HOSPITAL SANTA ROSA · VºBº · GESTIÓN DE LA CALIDAD

MINISTERIO DE SALUD · JEFE OEPE · VºBº · HOSPITAL SANTA ROSA · C. RAZURI

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Directoral

Lima, 20 de marzo de 2025

ARTICULO 3°.- NOTIFICAR la presente Resolución a las instancias administrativas para su seguimiento e interesados para su conocimiento y cumplimiento.

ARTÍCULO. 4°- DISPONER a la Oficina de Estadística e informática, efectúe la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: http://hsr.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Santa Rosa

M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400

HOSPITAL SANTA ROSA V°B° ASESORÍA JURÍDICA
R. MARTINEZ M.

HOSPITAL SANTA ROSA V°B° GESTIÓN DE LA CALIDAD

RNT/RMMH/gvc

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección General
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Estadística e informática
- Archivo.

MINISTERIO DE SALUD JEFE OEPE V°B° HOSPITAL SANTA ROSA
C. RAZURI

PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Santa Rosa

HOSPITAL SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE
Calidez, ciencia y experiencia a su servicio

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN DE ACREDITACION

2025

ÍNDICE

I. Introducción 3
II. Antecedentes 3
III. Base Legal 4
IV. Ámbito de Aplicación 4
V. Finalidad 4
VI. Objetivos 5
6.1 Objetivo General 5
6.2. Objetivos Específicos: 5
VII. Contenido 5
7.1 Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas) 5
7.2 Análisis de la Situación Actual del Aspecto Sanitario o administrativo 6
7.2.1 Población o entidades objetivo 6
7.2.2 Problema (Magnitud, Caracterización y Causas) de la intervención 6
7.2.3 Alternativa de solución 7
7.3 Articulación Estratégica Institucional 8
7.4 Articulación Operativa: 8
7.4.1 Cronograma de Actividades: 8
7.4.2 Indicadores: 10
7.5 Presupuesto: 11
VIII. Responsabilidad: 11
IX. Bibliografía 11

I. Introducción

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

En ese contexto, mejorar la calidad de los servicios de Salud no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo.

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la Acreditación es una propuesta técnica que contribuye a garantizar la calidad de atención que se presta en los establecimientos de salud, cómo un sistema de evaluación de exigencias superiores de calidad.

La calidad en la prestación de salud, es el resultado de los esfuerzos e intervenciones, para garantizar la seguridad y trato humano de los usuarios. En este contexto el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo. La gestión de la calidad ha venido avanzando en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, que busquen la satisfacción de los usuarios, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano; En este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las instituciones hospitalarias por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.
En este contexto, la Acreditación es un proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, los que han sido agrupados según macroprocesos, de orden gerencial, asistencial y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad, los que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud que tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, y que los prestadores de salud cuentan con mejores capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud. De esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

II. Antecedentes

La acreditación de hospitales es una de las acciones que se vienen impulsando hace ya varias décadas, para garantizar la calidad de la atención en salud. 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 elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales que fueran aprobados por Resolución Ministerial el año 1996.

Posteriormente, mediante RM 519-2006/MINSA se aprueba el “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, que se enmarca dentro de los lineamientos de Política del Sector Salud, que se traduce en políticas y objetivos de calidad orientados a la búsqueda permanente

de la mejora de la calidad de atención; considerando dentro de sus componentes y funciones la Garantía y Mejora de la Calidad, con el desarrollo de Normas para Acreditación de Servicios y Establecimientos de Salud del país.

Mediante R.M. 456-2007 MINSA de 06 de julio del 2007, se aprueba la Norma Técnica de Acreditación, dentro del marco de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, considerando a la Acreditación, su importancia en el componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad en salud.

Entre los documentos normativos para la Acreditación de Establecimientos y Servicios Médicos se encuentran la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con Categoría III-1 y Servicios Médicos de Apoyo. Asimismo, mediante RM N° 270-2009/MINSA se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Según RM 1022-2007-MINSA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, en el artículo 10, se establece que dentro de sus funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad esta "Participar en el desarrollo de la Autoevaluación el proceso de Acreditación y Auditoria Clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud

Actualmente el proceso, como mecanismo de garantía de la calidad de los servicios de salud ha logrado acreditar pocos establecimientos de salud, siendo un reto de aplicación nacional y gradual en la medida que exigirá niveles mayores de calidad. Este modelo incluye la autoevaluación de carácter obligatorio y una evaluación externa de carácter voluntario, pero necesario para adquirir la condición de acreditado; ambas fases centradas en un enfoque de procesos, según lineamientos de política del Ministerio de Salud.

III. Base Legal

- Ley 26642 Ley General de Salud
- Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud
- R.M. Nº 616-2003-SA/DM que aprueba el modelo de reglamento de organización y Funciones de los hospitales
- Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en salud.
- RM N° 456-N° 2007-MINSA. Que aprueba la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V-02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- R.D. N° 349-2024-DG-HSR-MINSA, Aprueba Plan Operativo Institucional (POI) Apertura 2025 del HSR.

IV. Ámbito de Aplicación

El presente Plan tiene alcance sobre los Departamentos, servicios asistenciales y Oficinas administrativas del Hospital Santa Rosa.

V. Finalidad

El presente Plan de Acreditación 2025 del HSR, se enmarca dentro de los objetivos institucionales y actividades incluidas dentro del Plan Operativo de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Rosa, según criterios establecidos por el MINSA., para la obtención de la Acreditación Institucional; el cual contempla el desarrollo de actividades tales como el proceso de autoevaluación, mediante la aplicación de manuales e Instrumentos, como la Guía del Evaluador, Listado de estándares de Acreditación"; que permitirán la evaluación por macro procesos de las Unidades Productoras de Salud de los

servicios del HSR, determinar su nivel de cumplimiento, identificar problemas a ser subsanados e implementar acciones de mejora y el monitoreo constante de los criterios y estándares preestablecidos para hospitales de categoría III-1.

VI. Objetivos

6.1 Objetivo General

Desarrollar acciones para la Acreditación Institucional, que garantice prestaciones de salud de calidad, mediante el cumplimiento de estándares y criterios para hospitales de nivel III-1, contribuyendo a la satisfacción del usuario.

6.2. Objetivos Específicos:

Objetivo Especifico 1
Desarrollar acciones del proceso de Autoevaluación Institucional, mediante la evaluación por macroprocesos de las unidades prestadoras de salud de la institución, según los estándares y criterios establecidos por el MINSA

Objetivo Especifico 2
Contar con evaluadores internos capacitados para desarrollar el proceso de autoevaluación institucional.

Objetivo Estratégico 3
Monitoreo de las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación institucional, para el cumplimiento de las normas de Acreditación

VII. Contenido

7.1 Aspectos Técnicos Conceptuales (Definiciones Operativas)

Acreditación: es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

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

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

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

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de

evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos. Por ejemplo, el macro proceso Gestión de Medicamentos agrupa entre otros procesos el de abastecimiento, almacenamiento, uso racional, vigilancia y control, etc.

Proceso: es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente. Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

7.2 Análisis de la Situación Actual del Aspecto Sanitario o administrativo

7.2.1 Población o entidades objetivo

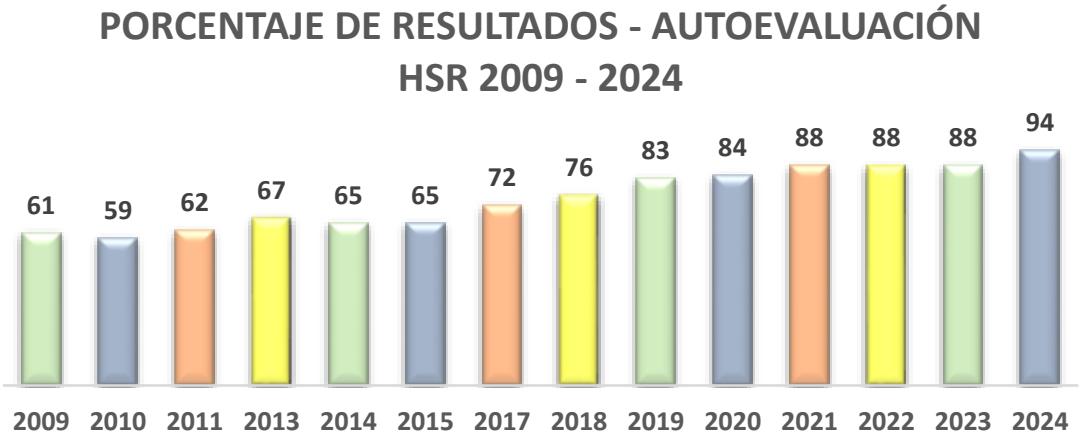
El Hospital Santa Rosa no tiene población programada, siendo la población que demanda la atención predominantemente de los distritos de Pueblo Libre, Magdalena, San Isidro, Miraflores, a demanda y con referencia de asegurados SIS de los Centros de Salud de los mencionados distritos.

En el año 2023 se tuvieron 161,244 atenciones por consulta externa, 68,016 atenciones por emergencia, 6,838 egresos hospitalarios.

7.2.2 Problema (Magnitud, Caracterización y Causas) de la intervención

La calidad de la prestación de servicios de salud a la población usuaria aún se encuentra en proceso de reducción, especialmente en infraestructura y equipamiento, los cuales permitirán alcanzar los estándares de seguridad y garantía de la calidad de atención.

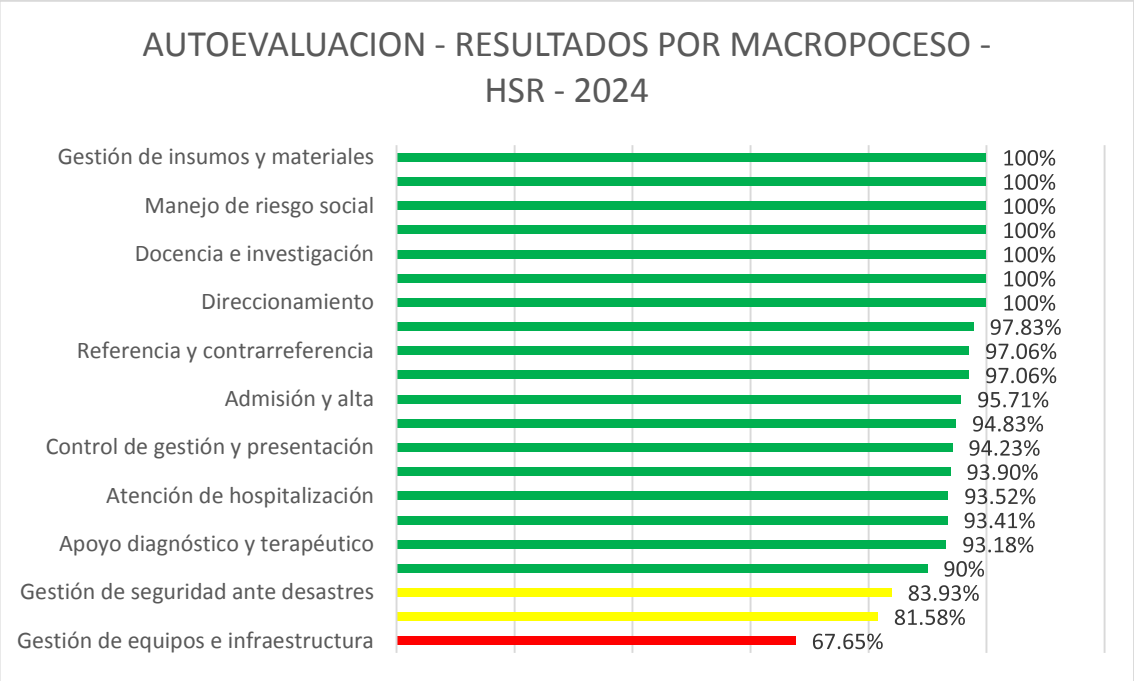
Gráfico N° 1:



Fuente: Oficina de Gestión de la calidad

La Calidad de atención en el Hospital Santa Rosa, ha sido evaluada en los últimos años, a través del proceso de Autoevaluación, cuyos resultados en el 2024, en relación a la obtención de puntaje óptimo de 94.00 %, (Grafico1) Dichos resultados aprobatorios han permitido solicitar en el 2023 la evaluación externa de Acreditación por la autoridad nacional del MINSA

Gráfico N° 2: Resultado de Autoevaluación por Macroprocesos 2024



Sin embargo, los resultados de los procesos de Autoevaluación de nuestra institución aun muestran en las (grafica 2). los puntajes menores a los deseados, especialmente en los macro procesos de: gestión de Equipos e Infraestructura (67.65)

Causa del problema

Los servicios de salud brindados en los hospitales de nivel III-1 del MINSA, que atiende patologías de mayor complejidad, es percibida por los usuarios, como prestaciones que distan mucho de sus expectativas de calidad, buen trato, humanización y capacidad resolutiva debido a carencias en equipamiento, deficiencia en el abastecimiento de medicamentos por procesos de compra complejos, falta de equipos de ayuda diagnostica inmediata, falta de recursos humanos suficientes, deficiencias en gestión de procesos de atención, condicionando, riesgos en la seguridad de la atención, demoras en la intervenciones terapéuticas e insatisfacción del usuario en encuestas e informes de los órganos de control que han identificado un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios que se brindan al usuario, a pesar de las mejoras en la implementación de nuevos servicios.

7.2.3 Alternativa de solución

El presente plan cumple con las políticas destinadas a logro de la calidad de la atención en salud, a través del desarrollo de actividades para el logro de la Acreditación institucional, orientada a garantizar que los servicios de salud cumplan con estándares en instalaciones sanitarias, equipos, recursos humanos y gestión de procesos prestacionales que se ofrecen a los usuarios, mediante el análisis y recomendaciones por macroprocesos de atención, según normas para la acreditación de hospitales de categoría IIII-1 del MINSA,

Asimismo, las acciones del presente plan se orientan a fomentar la mejora continua, dentro de las actividades formulados en el Plan de Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad, que permitan niveles adecuados de seguridad en la gestión clínica, acceso, oportunidad y continuidad de la atención y máximo grado de satisfacción del paciente

7.3 Articulación Estratégica Institucional

Objeto Institucional (PEI-MINSA)	Acción Estratégica Institucional (PEI-MINSA)	Categoría Presupuestal	Actividad Presupuestal	Actividad Operativa
OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional, para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión publica	AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	9001 Acciones centrales	5000003 Gestión Administrativa	Acciones para la acreditación institucional

7.4 Articulación Operativa:

7.4.1 <u>Cronograma de Actividades:</u>

MATRIZ N° 2.2. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN ESPECÍFICO

DEPENDENCIA: **CENTRO DE COSTO:**

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar acciones para la Acreditación Institucional, que garantice prestaciones de salud de calidad, mediante el cumplimiento de estándares y criterios para hospitales de nivel III-1, contribuyendo a la satisfacción del usuario

ARTICULACIÓN OPERATIVA Y PRESUPUESTAL									CRONOGRAMA 2025											
OBJETIVO ESPECÍFICO	CAT_PRESP	META/S.F	ACT_PRESP	ACT_OPER	UPS/Dependencia	SUB_ACT-OPER	UNIDAD DE MEDIDA	ACCIÓN OPERATIVA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Desarrollar acciones del proceso de Autoevaluación Institucional, mediante la evaluación por Macroprocesos de las unidades prestadoras de salud de la institución, según los estándares y criterios establecidos por el MINSA	90001 Acciones centrales	119	5000003 Gestión Administrativa	Acciones para la acreditación institucional	Oficina de Gestión de la calidad	Elaboración del plan de Acreditación	Plan	Formulación del Plan de Acreditación		28										
						Formalización del comité de Acreditación	Informe	Actualización del Comité de Acreditación		28										
Contar con evaluadores internos capacitados para desarrollar el proceso de autoevaluación institucional						Elaboración del plan de Autoevaluación	Plan	Formulación del Plan de Autoevaluación			28									
						Formalización del Comité de Autoevaluación	RD	Actualización del comité de Autoevaluación		28										
Monitoreo de las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación institucional, para el cumplimiento de las normas de Acreditación						Desarrollo de actividades para la Autoevaluación	Informe	Realizar el taller de capacitación al comité							21-22					
								Comunicación del del inicio de la Autoevaluación									1			
								Ejecución de la Autoevaluación									6-10			
								Monitoreo de los resultados de la Autoevaluación macroprocesos			28			30			30			30

7.4.2 Indicadores:

INDICADOR "Indicador de Gestión Hospitalaria"								
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	LINEA DE BASE	VALOR ESPERADO	SEGUIMIENTO	FUENTE	RESPONSABLE
Desarrollar acciones para la Acreditación Institucional, que garantice prestaciones de salud de calidad, mediante el cumplimiento de estándares y criterios para hospitales de nivel III-1, contribuyendo a la satisfacción del usuario	Desarrollar acciones del proceso de Autoevaluación Institucional, mediante la evaluación por Macroprocesos de las unidades prestadoras de salud de la institución, según los estándares y criterios establecidos por el MINSA	Porcentaje de actividades del Plan de Autoevaluación 2025 ejecutados	Número de Actividades de Autoevaluación ejecutados el periodo x100 Total, de actividades programadas en el Plan de Autoevaluación	0	100	Anual	Informe	MC Víctor Salazar Toledo
	Contar con evaluadores internos capacitados para desarrollar el proceso de autoevaluación institucional	Porcentaje de Evaluadores para Autoevaluación capacitados	Número de Evaluadores para Autoevaluación capacitados x 100 Total, de Evaluadores internos para Autoevaluación	50	100	Anual	Informe	MC Víctor Salazar Toledo
	Monitoreo de las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación institucional, para el cumplimiento de las normas de Acreditación	Monitoreo de acciones de mejora de Recomendaciones de Autoevaluación	Número de Acciones de Mejora realizadas en el periodo x 100 Total, de Acciones de Mejora identificados en la Autoevaluación	0	100	Trimestral	Informe	MC Víctor Salazar Toledo

7.5 Presupuesto:

DEPENDENCIA: HOSPITAL SANTA ROSA				CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD		
OBJETIVO GENERAL DE LA ACTIVIDAD OPERATIVA: Desarrollar acciones para la Acreditación Institucional, que garantice prestaciones de salud de calidad, mediante el cumplimiento de estándares y criterios para hospitales de nivel III-1, contribuyendo a la satisfacción del usuario						
CAT_PRESP	**META/S.F**	**ACT_PRESP**	**ACT_OPER**	**FUENTE FINANCIAMIENTO**	**CLASIFICADOR DE GASTO**	**TOTAL S/.**
9001 Acciones Centrales	119	5000003 Gestión Administrativa	Acciones para la Acreditación Institucional	Recursos Ordinarios	2.3.1 5.1 2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina	S/ 824.79
			TOTAL - Actividad Operativa.			S/ 824.79
TOTAL - Actividad Presupuestal						S/ 824.79

"Sujeto a las prioridades instituciones y/o disponibilidades presupuestales de la Institución".

VIII. Responsabilidad:

- Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Responsable del área técnica de Acreditación

IX. Bibliografía

- Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica Segunda edición, 2007- Enrique Ruelas, Ofelia Poblano D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública- México.
- Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1 – Resolución N° 5095-2018-Ministerio de Salud y Protección Social.
- Guía Práctica para el proceso de acreditación de prestadores Institucionales de salud-Chile – Intendencia de Prestadores - junio 2020.
- MINSA, Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Aprobado con R.M. Nº 519 – 2006/MINSA. Lima.
- NTS N° 050 -MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo.
- Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo - RM Nº 270-2009-MINSA.
- Indicadores de Gestión Hospitalaria para Hospitales Institutos y DIRESA- documento de trabajo 2013