

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 87 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 23 ABR 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 138-2025/GRP-430020-132004, de fecha 15 de abril del 2025, emitida por la Jefa del Equipo de Gestión de la Calidad, Resolución Directoral N.º 85-2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001, de fecha 23 de abril de 2025, Informe N° 056-2025/GRP-430020-132003, de fecha 22 de abril del 2025, emitida por la encargada del Equipo de Racionalización, Informe N° 058-2025/GRP-430020-132003, de fecha 22 de abril del 2025, emitida por la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, y;

**CONSIDERANDO:**

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

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N.º 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo del Ministerio de Salud”, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y a los sistemas de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo según su nivel de complejidad cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

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

Que, en el inciso c) de las consideraciones específicas de la precitada norma, establece la aplicación de criterios de selección, contando con un listado oficial de evaluadores, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos, asimismo, los miembros del equipo deberán elegir a su líder por consenso. Además, se establece que antes de aplicar la evaluación, el Equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad;

Que, a través de la Resolución Directoral N.º 85-2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001, de fecha 23 de abril de 2025, se conforma el Equipo de Evaluadores Internos para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, año 2025;

Que, el referido Plan de Autoevaluación 2025, tiene como finalidad “Lograr la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas de acuerdo con la NTS N.º 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo del Ministerio de Salud” y busca contribuir con la mejora continua de los procesos de atención de salud clínicos y de gestión; así como permitir el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad para la acreditación;



J. HERRERA F.



J. RODRIGUEZ Q.



K. CISNEROS CH.



VºB  
JEFE UNIDAD



REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 87 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001**

Chulucanas, **23 ABR 2025**

Que, mediante Informe N° 056-2025/GRP-430020-132003 de fecha 22 de abril del 2025 la encargada del Equipo de Racionalización, indica que ha revisado el Plan de Autoevaluación para Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas para el año 2025 y otorga su conformidad; por lo cual recomienda continuar con el trámite correspondiente;

Que, con Informe N° 058-2025/GRP-430020-132003 de 22 de abril de 2025, la Jefa de la Unidad de Planeamiento Estratégico, remite opinión favorable a la aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, para el año 2025; por lo cual solicita a la Dirección del E.S II-1 Hospital Chulucanas se proceda con la emisión del acto resolutorio;

Que, conforme a lo dispuesto en el Capítulo VII - Actividades del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, la Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación ha sido elaborado y validado por los evaluadores internos y será aprobado por el director del Establecimiento de Salud, en el cuadro se consigna a los responsables de Servicio/área/ que interactuaran con los Evaluadores y será difundido al Personal del E.S haciendo uso de las TIC;

Que, estando a lo solicitado por la Jefatura del Equipo de Gestión de Calidad y de conformidad con los considerandos precedentes, a fin de contribuir con el cumplimiento de los Objetivos Institucionales, resulta pertinente, emitir el acto resolutorio que apruebe el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del E.S II-1 Hospital Chulucanas, para el año 2025;

Con la visación de la Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Equipo de Gestión de la Calidad y Equipo de Asesoría Legal;

En uso de las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones - ROF del Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas, aprobado con Ordenanza Regional N°330-2015/GRP-CR, de fecha 27 de noviembre de 2015 y en cumplimiento de las facultades encomendadas con Resolución Ejecutiva Regional N° 206-2025/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR, de fecha 03 de abril del 2025, mediante la cual se resuelve ENCARGAR al Médico JOSÉ EDUARDO HERRERA FLORES, en el cargo de Director del Hospital 1 - Establecimiento de Salud II-1 Hospital Chulucanas del Gobierno Regional Piura;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR,** el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD II-1 HOSPITAL CHULUCANAS" - AÑO 2025, por los considerandos expuestos en la presente resolución y que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

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

**ARTÍCULO TERCERO.- NOTIFICAR,** la presente Resolución Directoral al Gobierno Regional Piura, Unidad de Administración, Unidad de Planeamiento Estratégico, Equipo de Asesoría Legal, Equipo de Gestión de Calidad.

"En la Región Piura Todos Juntos Contra el Dengue"



J. HERRERA F.



J. RODRIGUEZ Q.



K. CISNERO CH.



REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N.º 84 -2025/GOB.REG.PIURA-430020-132001

Chulucanas, 23 ABR 2025

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

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS  
JOSE EDUARDO HERRERA FLORES  
CMP: 66361  
DIRECTOR (E)



"En la Región Piura Todos Juntos Contra el Dengue"



PERÚ

Ministerio  
de Salud

E.S II-1 HOSPITAL  
CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

**HOSPITAL  
CHULUCANAS**

Vidas que salvan vidas

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

# **2025**



PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

## I. INTRODUCCION

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



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



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





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

El E.S II-1 Hospital Chulucanas en cumplimiento a la política Nacional de Calidad en salud, el Sistema de Gestión de la Calidad y el Plan de Gestión de la Calidad, deberá llevar a cabo el proceso de Acreditación como exigencia, es por ello que se ha elaborado este Plan de Autoevaluación 2025, el cual busca contribuir con la mejora continua de los procesos de atención de salud clínicos y de gestión; así como permitir el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad para la acreditación.

## II. FINALIDAD

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

## III. OBJETIVOS

### Objetivo general:

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

### Objetivos Específicos:

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





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD  
**HOSPITAL CHULUCANAS**  
Vidas que salvan vidas

#### IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

#### V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27444 “Ley General de Procedimientos Administrativos”.
- Decreto Supremo 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V. 02. “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”,
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el “Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”,





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

## VI. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS

La identificación y priorización de problemas es un proceso fundamental para garantizar la mejora continua en la calidad de la atención del Hospital Chulucanas. A continuación, se presentan los pasos y criterios clave para llevar a cabo esta actividad:

- **Recolección de información a través de múltiples técnicas:**
  - Revisión documental de los estándares de calidad y normativas internas.
  - Observación directa de los procesos y prácticas en los diferentes servicios.
  - Realización de entrevistas con el personal clave del hospital.
  - Aplicación de encuestas a pacientes y familiares para medir su percepción sobre la calidad de los servicios.
  - Muestreos aleatorios de áreas críticas para evaluar el cumplimiento de los estándares.
- **Identificación de problemas:**
  - Se identifican las deficiencias en cada uno de los criterios establecidos en los estándares de acreditación.
  - Se revisa si los procesos clínicos y administrativos están siendo ejecutados conforme a las normativas vigentes.
  - Se detectan posibles áreas de riesgo para la seguridad de los pacientes, como falta de protocolos adecuados, problemas en la infraestructura o equipos obsoletos.
  - Se considera la percepción de los usuarios respecto a la calidad de la atención y el ambiente hospitalario.
  - Se identifican deficiencias en la capacitación y el desempeño del personal.
- **Evaluación de impacto y urgencia:**
  - **Impacto en la seguridad del paciente:**
    - Se priorizan los problemas que representan un riesgo directo para la seguridad de los pacientes, como la ausencia de protocolos de higiene, fallos en la esterilización de equipos médicos o el mal manejo de medicamentos.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

E.S. II-1 HOSPITAL  
CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

**HOSPITAL  
CHULUCANAS**

Vidas que salvan vidas

- **Cumplimiento de los estándares:**
  - Los problemas relacionados con el incumplimiento de los estándares de acreditación y normativas legales se clasifican como de alta prioridad, ya que el no cumplimiento puede comprometer la acreditación del hospital.

- **Eficiencia operativa:**
  - Se priorizan las deficiencias que afectan la eficiencia de los procesos de atención, como largas esperas para diagnósticos o procedimientos, o una mala gestión del tiempo en los flujos de atención.

- **Satisfacción del usuario:**
  - Se priorizan las quejas recurrentes sobre la atención al paciente, la actitud del personal y la falta de calidad en la atención recibida por los usuarios.

- **Costos y recursos:**
  - Se evalúa la viabilidad de resolver los problemas de acuerdo con los recursos disponibles, priorizando aquellos problemas que puedan ser solucionados con los recursos existentes y aquellos cuya resolución inmediata tendrá un impacto positivo en el servicio.

- **Uso de herramientas de priorización:**
  - **Matrices de riesgo:**
    - Se emplearán matrices de riesgo para clasificar los problemas en función de su gravedad y probabilidad de ocurrencia, lo que ayudará a determinar qué áreas requieren atención urgente.

- **Matrices de impacto:**
  - Se utilizarán matrices de impacto para evaluar cómo cada problema afecta a la calidad de la atención, la seguridad de los pacientes y la satisfacción de los usuarios. Los problemas con mayor impacto recibirán una prioridad más alta.

- **Definición de niveles de prioridad:**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

E.S II-1 HOSPITAL  
CHULUCANAS



- **Alta prioridad:** Problemas que tienen un impacto directo y grave en la seguridad del paciente o el cumplimiento de los estándares de acreditación. Estos deben ser solucionados de manera inmediata.
- **Prioridad media:** Problemas que afectan la eficiencia operativa o la satisfacción del usuario, pero que no representan un riesgo grave o inminente para los pacientes. Se deben abordar a corto plazo.
- **Baja prioridad:** Problemas que afectan aspectos secundarios de los servicios, como la mejora de la infraestructura o pequeños ajustes en los procesos administrativos, pero que no comprometen la seguridad o el cumplimiento de los estándares.

- **Desarrollo del plan de acción para la resolución de problemas:**

- **Definición de objetivos y metas claras:** Cada problema identificado debe tener objetivos específicos, medibles, alcanzables y con plazos definidos para su solución.
- **Asignación de responsables:** Se asignarán responsables para cada acción correctiva, garantizando que los problemas sean abordados por personal capacitado en el área correspondiente.
- **Implementación de estrategias de mejora continua:** Se elaborarán estrategias que incluyan capacitaciones, actualizaciones de protocolos, adquisición de equipos necesarios y mejoras en la infraestructura.
- **Monitoreo y seguimiento de los avances:** Se establecerán mecanismos de monitoreo para evaluar la efectividad de las acciones implementadas y realizar ajustes en caso de ser necesario.

- **Socialización de los resultados:**

- Los resultados de la identificación y priorización de problemas se socializarán con todo el personal del hospital mediante reuniones, informes y otros medios de comunicación internos, garantizando que todos estén informados sobre los problemas identificados y las acciones a seguir.





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

## VII. ACTIVIDADES

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

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

La autoevaluación se desarrollará con los siguientes pasos:

- a. **Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional:** La programación de la autoevaluación está enmarcada en el Plan de Gestión de la Calidad del Establecimiento de Salud y de la DIRESA Piura año 2025.
- b. **Conformación del Equipo de Acreditación:** El Equipo de Acreditación se conformó según RD N°85-2025-GOB.REG.PIURA-430020-132001.



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



- c. **Selección de los evaluadores internos por la Autoridad Institucional:** El Equipo de Evaluadores Internos se conformó según RD N°086-2025- GOB.REG.PIURA.430020-132001. Los evaluadores internos recibirán capacitación para la correcta aplicación del listado de estándares de acreditación e instrumentos a utilizar, desarrollarán técnicas de evaluación y dispondrán de facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos.

- Los evaluadores internos se dividirán en equipos por cada Macroproceso. Cada equipo elegirá un coordinador (persona de mayor experiencia).





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

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



J. HERRERA F.



J. RODRÍGUEZ O.



K. CISNEROS CH

Se realizan las siguientes acciones:

- Sensibilización sobre el proceso de Acreditación
- Reunión de Apertura



HOSPITAL CHULUCANAS  
UNIDAD EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL



PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

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

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



h. **Presentación del Informe de Autoevaluación:** A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso, el documento contiene las recomendaciones para las acciones y planes de mejoramiento continuo que se deben implementar

i. **Aplicación de la segunda y/o siguientes autoevaluaciones:** Se realizará cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las **acciones de mejoramiento** continuo las cuales deben ser medidas previamente según metodologías seleccionadas, hasta que se obtengan los niveles deseados de igual o mayor a 85%:

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

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

## I. CONSIDERACIONES EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.



HOSPITAL CHULUCANAS





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

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



J. HERRERA F.

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

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



- El Equipo de acreditación difundirá el listado de estándares de acreditación a los trabajadores o equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos.



J. RODRIGUEZ O.

- Evaluadores y evaluados revisan, analizan, discuten conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y compararán el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación.



K. CISNEROS CH.

- El o los evaluadores leen el estándar y el criterio que se quiere calificar, luego preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.

- Tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos de calidad y con las referentes normativas no sólo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presentan en el Listado, sino con las instituciones que regulan diversos aspectos de la atención.



HOSPITAL CHULUCANAS





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

- El equipo evaluador identificará cuáles son las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así mismo elaborará instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- Seleccionar, designar responsables al interior del equipo evaluador para sistematizar, recopilar, ordenar todas las fuentes auditables por cada macroproceso, posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- Se calificará cada criterio del estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, del 0, 1 ó 2.



J. HERRERA F.

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

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



J. RODRIGUEZ Q.



K CISNEROS CH

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





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS  
Vidas que salvan vidas

- El equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al paciente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.

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

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

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





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

**HOSPITAL CHULUCANAS**

Vidas que salvan vidas

✓ **Socialización de los resultados.**

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





### VI. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ENE.	FEB.	MARZ.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
Conformación del Equipo de Acreditación y designación de coordinador.	Director			X									
Publicación de resoluciones de acreditadores y evaluadores, en la web institucional.	Equipo de Personal.			X									
Selección de los evaluadores internos	Equipo de Acreditación			X									
Reunión de evaluadores internos para designar líder, designación de responsable (s) de macroprocesos,	Equipo de evaluadores internos					X							
Designación de responsable (s) de servicios, o áreas para interactuar con evaluadores	Director					X							
Capacitación de evaluadores internos	Diresa						X						
Elaboración del Plan	Equipo de Acreditación y												
	Equipo de evaluadores internos				X								
	Equipo de Acreditación				X								
Presentación a dirección para su aprobación	Equipo de Acreditación				X								
Aprobación del Plan de Autoevaluación	Director				X								
Presentación del plan a los jefes de las unidades orgánicas, áreas, servicios	Equipo de												
	Acreditación y					X							









PERÚ

Ministerio de Salud

E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

## VIII. RESPONSABLES DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

### ACREDITADORES:

- DIRECTOR
- JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA (COORDINADOR DEL EQUIPO)
- JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA
- JEFE DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
- JEFE DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA
- JEFE DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO
- JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
- JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
- ENCARGADO DEL ÁREA DE FARMACIA
- ENCARGADO DEL ÁREA DE BANCO DE SANGRE TIPO I
- ENCARGADO DEL ÁREA DE SERVICIO SOCIAL
- REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA
- REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD
- RESPONSABLE DEL COORDINACIÓN DEL ÁREA DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
- ENCARGADO DE ADMISIÓN
- JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y ANESTESIOLOGÍA
- JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA
- JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
- ENCARGADO DEL ÁREA DE ANESTESIOLOGÍA
- JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
- JEFE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN
- JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO
- JEFE DEL EQUIPO DE SEGUROS
- JEFE DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



J. HERRERA F.



J. RODRIGUEZ Q.



HOSPITAL CHULUCANAS





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

- ENCARGADO DEL ÁREA DE NUTRICIÓN
- JEFE DEL ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
- JEFE DEL EQUIPO DE SALUD AMBIENTAL

### EVALUADORES INTERNOS

- **MAGISTER EN ENFERMERÍA (LIDER DEL EQUIPO)**  
SONIA ALEIDA RUBIO RUBIO
- **OBSTETRA**  
MARÍA DEL ROSARIO JARAMILLO RAMÍREZ
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
GARCÍA NAMUCHE CATALINA
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
GIL COLMENARES YENIFER
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
ROMERO CÓRDOVA MARIA ELENA
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
VANESSA DOTILA ADANAQUÉ APONTE
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
DÍAZ CORNEJO MELISSA JULIANA
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
APONTE PONCE ROSARIO LUCIANA
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
ATOCHÉ LUPU KARLA YASMIN
- **PSICÓLOGA**  
PARRILLA BERNAL ROSSI
- **LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**  
GARCÍA CHUYES MARICARMEN
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
RIVAS COBEÑAS SANDRA
- **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**  
ALBAREZ ROMÁN LUZ AURORA



J. HERRERA F.



J. RODRÍGUEZ Q.



K. CISNEROS CH.



HOSPITAL CHULUCANAS





PERÚ

Ministerio de Salud

E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL CHULUCANAS

Vidas que salvan vidas

- ASISTENTA SOCIAL  
PONCE ESPINOZA JESSICA
- LICENCIADA EN OBSTETRICIA  
TOCTO FLORES ELSA KATHERINE
- TÉCNICA EN ENFERMERÍA  
ADELA MARINA CONDORI REYES

### IX. FINANCIAMIENTO

El presente Plan será financiado por recursos ordinarios del E.S II-1 Hospital Chulucanas.



J. RODRIGUEZ Q.



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
E.S. II-1 HOSPITAL CHULUCANAS

-----  
JOSE EDUARDO HERRERA FLORES  
C.M.P.: 66361  
DIRECTOR (E)



K. CISNEROS CH.

