



Resolución Directoral

N° 358-2025-UE402SN/UGRH

Nasca, 16 de Mayo del 2025

VISTO:

El Expediente N° 4179-2025, que contiene la NOTA N° 007-2025-GORE-ICA-DIRESA-U.E.402SN/HRCRN/UGCS, de la Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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";

Que, por Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que señala que la autoevaluación es 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 conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; la misma que tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, la guía precitada en el literal d) del numeral 6.1, dispone que el plan de autoevaluación es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en la que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento que interactuarán con los evaluadores;

Que, la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP.V.01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, que tiene por finalidad contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, el Decreto Supremo N° 0021-2022-SA, tiene por objetivo objeto definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2023, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del hospital, que entre otras funciones generales es la mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, con NOTA N° 007-2025-GORE-ICA-DIRESA-U.E.402SN/HRCRN/UGCS, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola - 2025", manifestado que tiene por objetivo general evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes macroprocesos establecidos según la normativa vigente; así los objetivos específicos que son identificar las oportunidades de mejora que afectan la calidad de los servicios de salud a los usuarios del hospital y facilitar la toma de decisiones gerenciales evaluando los resultados obtenidos.

Que, estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del hospital y lo opinado por la Unidad de Planeamiento Estratégico;



Con el VISTO de la Jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, de la Jefe de la Oficina de Administración y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el Texto único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca aprobado por Resolución Ejecutiva Regional N° 0866-2004-GORE-ICA/PR;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA - 2025", la misma que en VEINTIDOS (22) folios forma parte integrante de la presente resolución,

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a los miembros del Equipo de Acreditación del hospital realizar el seguimiento y cumplimiento del plan aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que el Jefe de la Oficina de estadística e Informática efectúe la publicación de la Presente Resolución en la página web del Hospital.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ICA
UNIDAD EJECUTORA 402 SALUD NASCA
[Signature]
M.C. VICTOR RAFAEL FERNANDEZ
CMP 46728
DIRECTOR EJECUTIVO

VRAF/DE-UE402SN
DMA/DA
YEGH/J-UGRH

PLAN DE AUTOEVALUACION del HOSPITAL "RICARDO CRUZADO RIVAROLA"



NASCA – 2025

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION.....	3
II. JUSTIFICACION.....	4
III. FINALIDAD.....	4
IV. OBJETIVOS.....	4
V. ALCANCE.....	5
VI. BASE LEGAL.....	5
VII. AMBITO DE APLICACIÓN.....	6
VIII. DEFINICIONES OPERACIONALES.....	7
IX. CONTENIDO.....	8
X. RECOMENDACIONES.....	16
XI. MATERIALES Y REFRIGERIOS.....	16
XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	17
 ANEXOS	

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras y específicas, busca mejorar el estado de salud de la población en el país a través de la articulación del Sistema Nacional de Salud, para lo cual viene desplegando acciones en búsqueda de la mejora de la calidad de atención acorde a la Política Nacional de Calidad en Salud, la misma que tiene como finalidad mejorar los servicios de salud y por ende la satisfacción del usuario externo.

Mejorar la calidad de los servicios de Salud es un proceso permanente, que requiere del compromiso de todos los agentes que intervienen en ellos, siendo solo así sostenible en el tiempo. Es por ello que, en el marco del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

El Ministerio de Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los Servicios de Salud para el Perú, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los hospitales del país, comparando el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos, contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en los establecimientos de salud.

En ese sentido, se establece en la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", y Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA "Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo" que la Acreditación es "un proceso de evaluación externa, periódica, 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 los Establecimientos de Salud", es decir, es una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos al establecimiento.

Asimismo; se indica que el proceso de acreditación comprende dos fases, la autoevaluación y evaluación externa; siendo la Autoevaluación "la 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, 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".

Por ello, y en cumplimiento de la Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA se realizó la conformación del equipo de acreditadores y evaluadores internos, el mismo que fue aprobado con Resolución Directoral N° 175-2023-UE402SN/UGRH

Es ese sentido, el Equipo de Evaluadores internos en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad elaboran el presente plan como primer paso del proceso de Acreditación del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca para el presente año.

II. JUSTIFICACION

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios, lo que ha conllevado a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, el mismo que puede ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

Al ser la acreditación un proceso de evaluación periódica, que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, es necesaria su realización.

Por ello, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la Autoevaluación se debe realizar mínimamente una vez al año, iniciando de esta forma con la fase obligatoria del proceso de Acreditación.

El proceso de autoevaluación tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares descritos en la Norma Técnica la misma que debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en los plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en las diferentes áreas de la gestión de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva.

En ese sentido, el presente plan tiene por objetivo guiar el desarrollo del mismo, y según los pasos establecidos en la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

III. FINALIDAD

Contribuir y garantizar que el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola brinde prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General:

Desarrollar el proceso de Autoevaluación del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca con la mira de acreditar como establecimiento de salud de nivel II-2.

4.2. Objetivo Específico:

- Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del Proceso de la Autoevaluación para la acreditación del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola.
- Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación

- de los diferentes macro procesos de acreditación del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola.
- Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.
 - Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

V. ALCANCE

El presente Plan es de conocimiento y cumplimiento obligatorio por el equipo de Acreditación, Evaluadores internos y Unidades de Organización del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola.

VI. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, y su modificatoria Ley N° 27604 - Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.
2. Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
3. Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
6. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS.
7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
8. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que 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".
9. Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 072- 2008/MINSA "Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
10. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

11. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
12. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos y servicios médicos de apoyo.
13. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021 MINSA/DGSP- V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
14. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
15. Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, que aprueba la Guía técnica para la categorización de Establecimientos del Sector Salud.
16. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
17. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.
18. Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
19. Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
20. Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
21. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

VII. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan de autoevaluación, es de cumplimiento obligatorio para todos los departamentos asistenciales y administrativos, así como también de las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola que se encuentren involucradas en los procesos de atención de usuarios.

VIII. DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del establecimiento prestador de servicios 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 establecimientos de salud o servicio médico de apoyo; la condición de Acreditado se otorga según norma vigente.
- **Autoevaluación:** Fase inicial del proceso de supervisión integral, en la cual el equipo de gestión y técnico de las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud aplican el instrumento de supervisión integral de manera objetiva, al final de cual determina el promedio alcanzado por cada estándar y su respectiva calificación.
- **Asistencia Técnica:** Es un proceso interactivo mediante la cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud.
- **Análisis:** Es el proceso orientado a identificar las causas de un problema, mediante la recolección de datos y la interpretación de los mismos
- **Estandarizar:** Acción realizada para ajustar los conceptos y métodos disponibles, a un modelo, norma o patrón que sirve como referencia
- **Mejora Continua:** Procesos interrumpido de cambio, con base en un ciclo que comprende 4 fases: planificar, hacer, verificar y actuar.
- **Proceso:** Conjunto de etapas sucesivas de una operación (asistencial, administrativa, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Problema:** Situación o condición que se constituye como una debilidad o amenaza y debe mejorarse.
- **Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **Calidad de la Atención en Salud:** Es el nivel de logro de las metas intrínsecas del sistema de salud para el mejoramiento y en respuesta a las legítimas expectativas de la población.
- **Calidad de la Atención Médica:** Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, por consiguiente, es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.
- **Usuario:** Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimiento y servicios médicos de apoyo.

IX. CONTENIDO

1. REQUERIMIENTOS BASICOS

Recursos o instrumentos para la Autoevaluación:

- a) Evaluadores seleccionados y capacitados.
- b) Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- c) Listados de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías 1-1 hasta el 111-1 y servicios médicos de apoyo.
- d) La Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo.
- e) Hojas de Registro de datos para la evaluación y de recomendaciones.
- f) Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

2. COMPETENCIAS DEL EVALUADOR

RESPONSABILIDADES	COMPETENCIAS ESPECIFICAS	CAPACIDADES
Realiza acciones de evaluación	Aplica Técnicas de evaluación y auditoria en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Interpreta el objetivo del alcance de la evaluación del Macro-proceso. - Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas.
Identifica acciones de mejoramiento continuo	Maneja metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (solo evaluadores internos)
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica problemas - Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.

<p>Emite un informe técnico de carácter institucional</p>	<p>Recopila, clasifica y ordena la información obtenida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resume hallazgos en base a evidencias objetivas. - Sustenta las observaciones formuladas. - Elabora informes cualitativos y/o cuantitativos
-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. TECNICAS DE EVALUACION

Para la evaluación de los estándares mencionados anteriormente, el equipo de evaluadores internos del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola conformado con Resolución Directoral N°175-2023-UE402SN/UGRH, utilizará diversas técnicas de verificación y/o evaluación, que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación, siendo las técnicas la siguientes:

- a) **Verificación / Revisión Documentaría:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar registros e informes del establecimiento de salud.
- b) **Observación:** Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica, para la cual se observa a las personas y al entorno.
- c) **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- d) **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- e) **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- f) **Auditoria:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecido.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicio que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función a **22 macro-procesos** que para los establecimientos II-1, como es el caso del HRCR-Nasca, son aplicados solo 21. Consta de criterios de estructuras (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

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

Los siguientes constituyen los macro-procesos, ha contemplado (21) veintiuno que representan a todos los estándares y criterios a evaluar en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola.

MACROPROCESOS

N°	MACROPROCESOS	ESTÁNDARES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
01	Direccionamiento	02	11
02	Gestión de Recursos Humanos	04	11
03	Gestión de la Calidad	04	22
04	Manejo del Riesgo de atención	08	50
05	Gestión de seguridad ante desastres	03	21
06	Control de la gestión y prestación	02	15
07	Atención ambulatoria	04	14
08	Atención de hospitalización	07	26
09	Atención de emergencias	03	14
10	Atención quirúrgica	04	24
11	Docencia e Investigación	02	15
12	Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	03	11
13	Admisión y alta	04	16
14	Referencia y Contra-referencia	02	10
15	Gestión de medicamentos	03	15
16	Gestión de la información	03	14
17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	04	17
18	Manejo del riesgo social	02	06
19	Manejo de la nutrición de pacientes	02	10
20	Gestión de insumos y materiales	02	08
21	Gestión de equipos e infraestructura	02	12
TOTAL		70	342

GERENCIALES:

Direccionamiento, Gestión de Recursos Humanos, Gestión de la Calidad, Manejo de Riesgos de atención, Gestión de Seguridad antes desastres, Control de la Gestión y Prestación.

PRESTACIONALES:

Atención Ambulatoria, Atención Hospitalización, Atención de Emergencias, Atención Quirúrgica, Docencia e Investigación, Atención de apoyo al diagnóstico, Admisión y Alta, Referencia y Contra-referencia, Gestión de Medicamentos, Gestión de la Información, Descontaminación, limpieza y desinfección, Manejo de Riesgo Social, Nutrición y Dietética, Gestión de Insumos y Materiales, Gestión de Equipos e Infraestructura.

4. PRECISIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA EVALUACION

El plan de autoevaluación asegura lo siguiente:

- a. Que se haya asignado un tiempo adecuado para la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados.
- b. Que haya quorum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de evaluación.
- c. Que los horarios sean flexibles para permitir que el equipo de evaluación prepare en forma participativa y en consenso los instrumentos necesarios y los más idóneos para realizar la evaluación de los criterios. Así también se revise y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.
- d. Que se disponga de tiempo al final de cada día para que los evaluadores coordinen con el personal acerca del progreso de la evaluación.
- e. Que se disponga de tiempo para la reunión de apertura y para el análisis de resultados en la reunión de cierre.
- f. Que las actividades diarias relacionadas con la atención de salud no se interrumpan durante el tiempo previsto para la ejecución de la evaluación, las cuales tendrán como duración: Autoevaluación seis semanas mínimo. Dependerá de la categoría de nuestro establecimiento.

5. REUNION DE APERTURA

El propósito de este espacio es la coordinación con la Alta Dirección y las jefaturas de todos los servicios o áreas de trabajo 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 lineamientos de la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, identificar a los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.

Es de suma importancia generar un Acta de Reunión de Apertura, en el cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

Luego de haber concluido con la Reunión de apertura, el equipo evaluador verifica que la Alta Dirección haya dispuesto la entrega de las normas que el Sub- sector o el mismo establecimiento haya desarrollado con relación a los macro - procesos a ser evaluados.

6. PRESENTACION DEL LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION AL PERSONAL

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

- a. Los equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos, analizan y discuten conjuntamente que tan efectivamente están trabajando y compran el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- b. Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
- c. Hay que tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del Macro-proceso, con los atributos de calidad y con las referencias normativas no solo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presenten en el Listado - sino con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención.
- d. Es importante que le equipo identifique cuales son las posibles fuentes auditables y como desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- e. Se debe seleccionar responsables al interior del equipo evaluador para sistematizar todas las fuentes auditables por cada Macro-proceso. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos esos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- f. Se calificará cada uno de los criterios 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.

7. REVISION DE LA DOCUMENTACION DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR

- a. 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 macro-procesos evaluados.
- b. El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el Macro-proceso y referencia normativa nacional.
- c. En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada Macro-proceso.
- d. 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.
- e. Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en Actas, Guías técnicas del evaluador para la acreditación der

establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Si es necesario se pedirá permiso para fotografiar los documentos que avalen cada indicador. No es necesario sacar fotocopias.

8. VISITA A LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- a. Cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.
- b. El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del servicio o UPS que será evaluado en el establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- c. 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.
- d. 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

9. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIONES

- a. Listado de Estándares de acreditación está dividido en:
 - Macro-proceso, el objetivo y alcance de la evaluación
 - El código del estándar
 - El estándar
 - Los atributos relacionados al estándar
 - La referencia normativa nacional sectorial
 - Los criterios de evaluación

Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Código de criterio	Criterio
DIR-2	Las actividades es del plan asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos	Eficacia Eficiencia	Ley N°27444 ley del procedimiento administrativo o general. R.M. N°616-2003SA/DM, que aprueba el modelo de Reglamento Organización y Funciones de los hospitales.	DIR2-1	Las actividades de los planes estratégicos, operativos y de contingencia son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. 0 : no cumple, 1 : cumple parcialmente 2: cumple el procedimiento documentado en su totalidad.
				DIR2-2	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégicos, operativos y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. 0 : no cumple, 1 : cumple parcialmente 2: cumple el procedimiento documentado en su totalidad.

				DIR2-3	El establecimiento de salud cumple los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. 0 : No establece, 1 : Establece y no logra, 2 : Logra y participa en la evaluación.
--	--	--	--	--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. REFERENCIAS NORMATIVAS Y LAS FUENTES AUDITABLES

Antes de determinar cuáles son las fuentes auditables y proceder a registrar en la Hoja de Registro de Datos, el evaluador debe conocer que existen las siguientes tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- Normas legales que regulan los procesos establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- Normas legales que regulan los procedimientos y procesos de las organizaciones de salud en cada subsector.
- Directivas institucionales emitidas por cada establecimiento prestador.

De su cabal conocimiento dependerá identificar cuáles serían las posibles fuentes auditables, sobre todo las relacionadas con las observaciones las que deben cumplir con las características y requisitos considerados en dichas normas.

Es preciso conocer que Macro-proceso (MP) aplican según el nivel de complejidad de los establecimientos de salud. En la siguiente tabla se muestra los MP que no aplican según la categoría y naturaleza jurídica de los establecimientos de salud. En el nivel 11-1 no aplica solo atención extramural.

11. FORMATOS PARA LA EVALUACION

a. Hoja de registro de datos: incluye

- Nombre del establecimiento
- El macro-proceso evaluado
- Nombre de los evaluadores
- La fecha de la evaluación
- Los servicios o áreas evaluadas
- La identificación de los participantes evaluados
- El código del estándar
- El código del criterio evaluado
- El puntaje obtenido (para la evaluación externa se contará con dos columnas de puntaje).
- Las fuentes auditables
- Las técnicas utilizadas
- El sustento de la evaluación y/o comentarios.

b. Hoja de recomendaciones:

- El nombre del evaluador líder
- La fecha de las recomendaciones
- Los servicios evaluados.

- El Macro-proceso intervenido
- Las observaciones

12. CLASIFICACION DE LA EVALUACION

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- a. EL valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será 'aprobada' o "no aprobada".
- b. La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejoramiento y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por los equipos de acreditación y de la institución en general.
- c. El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión donde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

13. ESQUEMA PARA LA ELABORACION DEL INFORME TECNICO

- Presentación
- Objetivos
- Alcance
- Metodología de evaluación
- Equipo evaluador
- Cumplimiento del plan
- Observaciones
- Puntaje alcanzado
- Recomendaciones
- Anexos

14. REUNION DE CIERRE

- a. Deben asistir a esta reunión las jefaturas de todos los servicios o áreas, el equipo evaluador, algunos representantes del personal de la organización (según lo considere la organización), puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
- b. El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión. Luego cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas.
- c. Los evaluadores en esta reunión deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
- d. Durante el procesamiento de resultados los evaluadores propician una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos.
- e. Los evaluadores reforzaran que este análisis de resultados es un informe preliminar.
- f. El equipo evaluador debe acordar la fecha de entrega del informe técnico de evaluación

según lo establecido en la **Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02** Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

- g. Es de suma importancia generar un Acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

X. RECOMENDACIONES

Como enfocar las acciones de mejoramiento Continúo

- a. La autoevaluación tiene propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios del establecimiento de salud.
- b. Todo esfuerzo de mejoramiento se debe enfocar en los procesos que están cubiertos por los estándares y los criterios relacionados. Por ejemplo, para mejorar la calidad de la Dirección General de un establecimiento, el equipo directivo deberá poner en agenda los procesos relacionados con direccionamiento.
- c. La tarea de identificar a dar prioridad a los procesos
- d. Para monitoreo y mejoramiento, implica tener claro que es posible monitorear y mejorar solo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va a invertir sus recursos.
- e. El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá el equipo de gestión medir la calidad del proceso o del resultado del mismo, identificar los puntos débiles. La medición es central o prioritaria porque los procesos deben ser monitoreados para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los usuarios.
- f. Puede haber algunos, indicadores actualmente establecidos que permitan un monitoreo continuo. Por ejemplo, la tasa de errores/incidentes en la dispensa y aplicación de los medicamentos que debe ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta esto puede ser una señal o indicar la necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y como resolver el problema.

XI. MATERIALES Y REFRIGERIOS

MATERIALES	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Lapicero color azul	20	1.50	45.00
Lápiz carbón N°2	20	1.50	45.00
Corrector líquido	10	3.50	35.00
Resaltadores	10	3.50	35.00
Papel bond 80gr A4	1 millar	20.00	40.00
Fotostáticas (fichas, manual)	2000	0.10	200.00
SUB-TOTAL			400.00
REFRIGERIO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Galletas	30	0.60	18.00
Gaseosas	30	3.00	90.00
SUB-TOTAL			108.00
TOTAL			400.00 + 108.00
			508.00

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA 2025

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	UNIDAD DE MEDIDA	META	JULIO				AGOSTO				DIC				
				4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	2°	3°		
1	Conformación del equipo de evaluadores internos	Dirección Ejecutiva	Resolución Directoral	01	X											
2	Capacitación a los evaluadores internos	Unidad de Gestión de la Calidad	Lista de asistencia	01	X											
3	Elaboración y aprobación del plan de autoevaluación	Unidad de Gestión de la Calidad	Lista de asistencia	01	X											
4	Aprobación del plan de Autoevaluación 2025	Dirección Ejecutiva	Resolución directoral	01	X											
5	Comunicación del inicio de Autoevaluación 2025	Unidad de Gestión de la Calidad	Memorando Circular	01				X								
6	Difusión del Plan de autoevaluación	Unidad de Gestión de la Calidad	Resolución Directoral	01		X										
7	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de Acreditación con el equipo de Evaluadores internos y responsables de macro-procesos	Unidad de Gestión de la Calidad	Lista de asistencia	01			X									
8	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Líder de evaluadores internos	Hoja de registro de datos para la autoevaluación	21			X	X	X	X	X	X				
9	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Unidad de gestión de calidad	Reporte de Aplicativo de autoevaluación	01							X	X				

HOSPITAL "RICARDO CRUZADO RIVAROLA" – NASCA
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

10	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación 2025	Líder de evaluadores internos	Informe	01															X		
11	Elaboración del informe final 2025 y enviado a la DIRESA	Unidad de Gestión de la Calidad	Informe/Oficio	01																X	X

ANEXOS

EQUIPO DE AUTOEVALUCION:

EVALUADOR LIDER:

Q.F. Ana Patricia Isabel Ramírez Córdova

INTEGRANTES:

- Lic. Enf. Karina Zea Angulo
- Lic. Enf. Carmen Brizuela Arones
- Lic. Enf. Jessica Chacaliaza Cordero
- Lic. Enf. Iris Juscamayta Choque
- T.A.P. José Enrique Segura Tataje
- T.A.P. María Mendoza Rojas
- Tec. Inf. Edgar N. Ormeño Chacas
- T.A.P. Luis Gálvez Silvestre
- Tec. Enf. Isela Sandra Ancasi Chauca
- Lic. Obst. Jackelyn Muñoa Gallegos
- Lic. Enf. Luisa Quispe Loayza
- Q.F. Genoveva C. Zúñiga Linares
- T.A.P. Lino Jáuregui Aguirre
- Tec. Dennis Alberto Rojas Segura