



Resolución Directoral

VEINTISÉIS DE OCTUBRE; 14 SEP 2021

VISTO:

El Informe N°28-2021/HAPCSR II-2-430020179, emitido por la Unidad de Gestión de la Calidad, el cual solicita el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2, periodo 2021

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26842 Ley General de Salud, el numeral II del Título Preliminar establece la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, así mismo el numeral VI señala 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, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA se aprobó el documento " Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que consigna las bases conceptuales, visión, misión, políticas, principios, objetivos, estrategias que permite orientar los esfuerzos para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y establece como uno de sus componentes, la Garantía y mejoramiento de la calidad , siendo uno de sus principales procesos la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Que mediante RMN°456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02. "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene como finalidad "contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos"

Que mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", teniendo como objetivo "Proporcionar elementos metodológicos para unificar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa, entre otros".

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos





Resolución Directoral

VEINTISÉIS DE OCTUBRE, 14 SEP 2021

conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Estando a lo solicitado por la Dirección, con el visado de la Unidad de Gestión de la Calidad; visado y aprobación del despacho de Dirección del Hospital de La amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2.

Que, el acotado Plan tiene como objetivo general conocer el grado de cumplimiento en el Hospital de los estándares de acreditación para establecimientos de salud de nivel II - 2, y como objetivos específicos conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos, determinar, las áreas susceptibles de mejora a los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad entre otros; por lo que se hace necesario emitir el respectivo acto resolutivo.

En uso de las atribuciones conferidas en el Artículo 13° del Reglamento de Organización y funciones del Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2, aprobado con Ordenanza Regional N°254-2012-GRP-CP, establece que la Oficina de Unidad de la Calidad, es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la Atención Asistencial y Administración al paciente, con la participación activa del personal que depende de la Dirección Ejecutiva.

SE RESUELVE

ARTÍCULO 1.- APROBAR el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2, periodo 2021, el mismo que consta de dieciséis (16) paginas.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del citado Plan.

ARTICULO 4.- PUBLICAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución a través de la página Web del Hospital.

Regístrese, comuníquese y cúmplase.



GOBIERNO REGIONAL PIURA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ-COREA SANTA ROSA II-2
MD. EDWIN VALDEMAR CHINGUEL PASACHE
DIRECTO EJECUTIVO

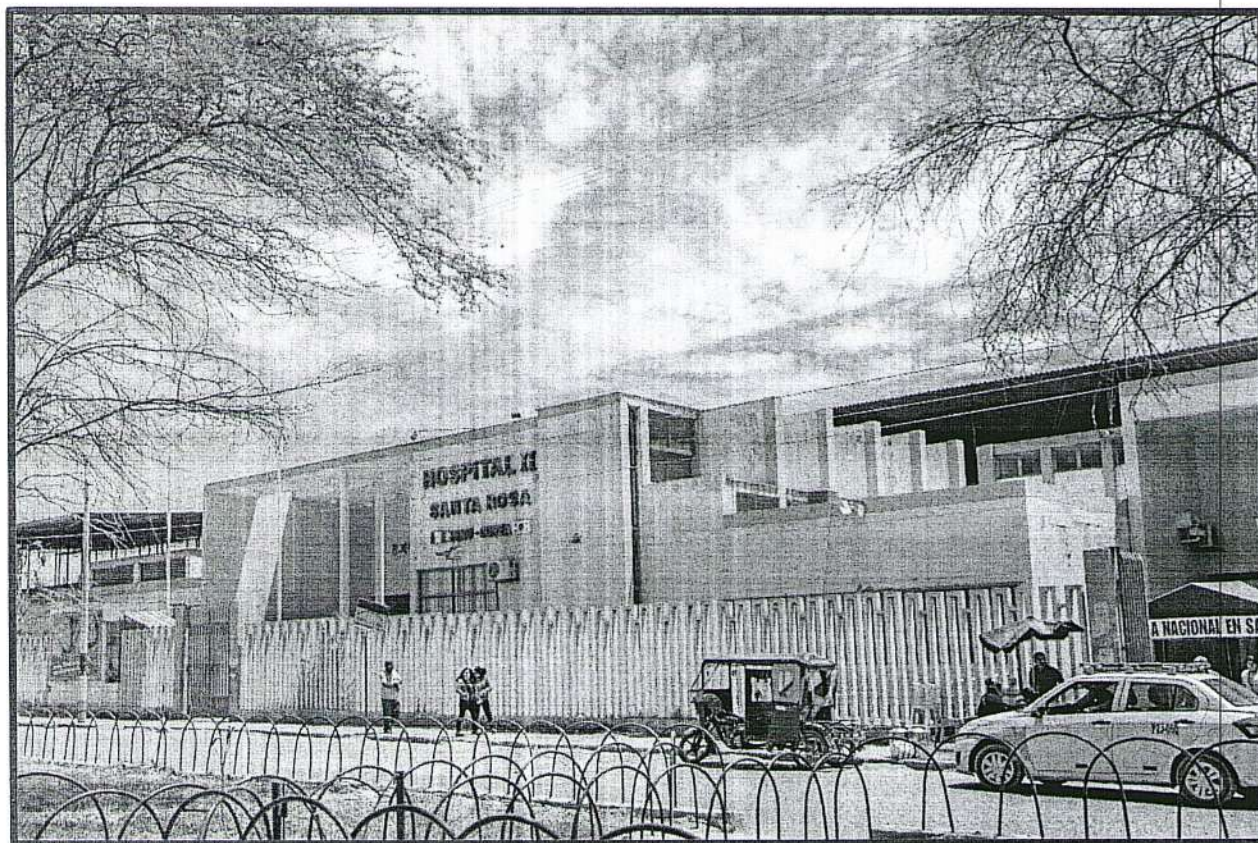


DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA

DIRECCION SUBREGIONAL PIURA

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA
ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE LA
AMISTAD PERÚ - COREA SANTA ROSA II-2**

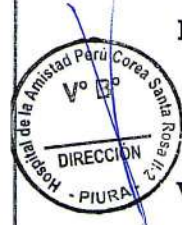
2021





Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. JUSTIFICACION	4
III. FINALIDAD.....	4
IV. OBJETIVOS	5
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
V. ALCANCE.....	5
VI. BASE LEGAL.....	6
VII. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACIÓN.....	6
VIII. CONSIDERACIONES EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.	9
IX. LOS INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES SON:.....	12
X. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.....	12
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	13
XII. ANEXOS.....	15





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2021 PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA SANTA ROSA II-2

I. INTRODUCCIÓN

Ley N° 26842 Ley General de Salud, el numeral II del Título Preliminar establece la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, asimismo en su Artículo 2 precisa, que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

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 auditoria 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 RMN° 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.

En este contexto la autoevaluación del HAPCSR II-2, estará a cargo de un grupo de evaluadores seleccionados de acuerdo a la normatividad vigente y realizarán el proceso de evaluación teniendo en cuenta la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada con la RMN°270-2009/MINSA, quienes aplicarán el instrumento: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-2, aprobado con Resolución Ministerial N° 456/2007 MINSA.

El equipo de evaluadores internos se organizarán tomando como referencia los diferentes Macroprocesos del instrumento antes mencionado, hará uso de las diferentes técnicas de evaluación, verificará que todos los macroprocesos se



desarrollen acorde a los estándares de acreditación, determinando su nivel de cumplimiento e identificando las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, finalizando con el informe técnico de evaluación.

El evaluador interno contará con facilidades para que realice su labor con autonomía e imparcialidad, evitando conflictos de intereses, estableciendo comunicación respetuosa con los evaluados, guardando la confidencial cuando se trate de información reservada y estará dispuesta a asumir las responsabilidades que se consignan en la guía técnica del evaluador.



II. JUSTIFICACION

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.

El Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, en cumplimiento de su misión, visión, comprometido en brindar una atención oportuna, eficiente y con calidad, centrada en la persona, familia y comunidad, ha elaborado el presente plan con la finalidad de obtener un basal de los procesos que se vienen realizando, realizar acciones de mejora continua, cumplir con los estándares establecidos de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, lograr un desarrollo armónico de los servicios y solicitar la evaluación externa para obtener la condición de establecimiento de salud acreditado.



III. FINALIDAD

Lograr la Acreditación del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2, de acuerdo a 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.



IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Cumplir con los estándares y criterios de calidad en los servicios que brinda el HAPCSRII-2, a través de la implementación de acciones de mejora en las áreas susceptibles de mejoramiento, identificadas en la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación, teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-2. Establecidos por el Ministerio de Salud.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Organizar el proceso de autoevaluación de acuerdo a la normatividad vigente.
- b. Realizar la capacitación y entrenamiento de los evaluadores internos de acuerdo a la Guía Técnica del Evaluador.
- c. Desarrollar en forma participativa el proceso de Autoevaluación, asegurando el cumplimiento del listado de estándares de acreditación.
- d. Elaborar los informes correspondientes a la fase autoevaluación, formulando conclusiones y recomendaciones.
- e. 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.

V. ALCANCE

El presente Plan de trabajo es de aplicación y cumplimiento en todas las UPSS, áreas, servicios, oficinas del HAPCSRII-2 y se evaluarán todos los macro procesos del listado de estándares de acreditación de establecimientos de salud excepto los macro proceso: 8, por no corresponder al HAPCSR II-2).





VI. 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”,
- Resolución Directoral N°316-2021/GOB.PIURA-DRSP-HAPCSR-II-2-DIR-UGC, que conforma el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

VII. METODOLOGIA DE LA AUTOEVALUACIÓN.

La autoevaluación estará a cargo de evaluadores internos previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos categoría II-2.

El proceso se realizará en 3 semanas, los evaluadores cuentan con el apoyo técnico del equipo de acreditación, equipo de gestión y jefatura 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 siguiendo los siguientes pasos:

a. Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional: La programación de la autoevaluación está enmarcada en del Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2021 a 2022.

b. Conformación del Equipo de Acreditación: El Comité de Autoevaluación de Acreditación ha sido conformado con Resolución Directoral N°316-2021/GOB.PIURA-DRSP-HAPCSR-II-2-DIR-UGC este quien estará a cargo de 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: Los evaluadores internos han sido conformados con la Resolución Directoral N°316-2021/GOB.PIURA-DRSP-HAPCSR-II-2-DIR-UGC, cuentan con un líder elegido por consenso, han recibido capacitación para la correcta aplicación del listado de estándares de acreditación e instrumentos a utilizar, desarrollan 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 Macroprocesos. Cada equipo elegirá un coordinador (persona de mayor experiencia).
- Cada equipo formulará su cronograma de reuniones en coordinación con el responsable de la UPSS, servicio, área u oficina y planificará la autoevaluación de los criterios del Macroprocesos designado, dentro del plazo establecido para la Autoevaluación.

Revisarán los instrumentos de recolección de información

El coordinador de cada macroprocesos entregará a su equipo los instrumentos para la recolección de datos, para iniciar el proceso de Autoevaluación.

d. Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación: el presente plan ha sido elaborado y validado por los evaluadores internos y será aprobado por el jefe del HAPCSR II-2.





e. Comunicación del Inicio de la Autoevaluación: El jefe del establecimiento de salud con el visto bueno del responsable de Gestión de calidad del HAPCSRII-2 comunica al nivel inmediato superior por conducto regular, el inicio de autoevaluación del Hospital.

f. 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 establecimiento, responsables de servicios, UPSS, área, oficinas 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 macroprocesos.



Se realizan las siguientes acciones:

- Sensibilización sobre el proceso de Acreditación
- Reunión de Apertura
- 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 macroprocesos en los formatos o instrumentos establecidos. El líder del equipo de evaluadores coordinará el ingreso de datos obtenidos al aplicativo respectivo.

g. 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 Macroprocesos, el documento contiene las recomendaciones para las acciones y Planes de mejoramiento continuo que se deben implementar



h. 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 E.S 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.



VIII. CONSIDERACIONES EN LA ETAPA DE EJECUCIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.

✓ **Reunión de Apertura.** El Equipo evaluador coordinará con el jefe del HAPCSR II-2, y responsables de servicios, UPSS, oficinas 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 al jefe del E.S disponga la entrega de las normas que el establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macro-procesos a ser evaluados. así mismo el jefe del HAPCSR II-2, facilitará un espacio físico para el equipo evaluador. Se recomienda elaborar acta.

✓ **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.

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

- 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 macroprocesos, 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.

✓ **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 macroprocesos y referencia normativa nacional.

- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroprocesos.

- 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.

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

- 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 Alta Dirección.

Socialización de los resultados:

Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la Alta 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.





IX. LOS INSTRUMENTOS PARA LAS EVALUACIONES SON:

1. Listado de Estándares de Acreditación
2. Formatos para la evaluación : Hojas de registro de datos, hoja de recomendaciones
3. Calificación de la evaluación.



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Describir a sus evaluadores internos, indicando quien es el líder del equipo.

- ❖ Carismática, amigable responsable, divertida y empático (líder)
- ❖ Amigable, divertido, empático
- ❖ Compañerismo, amigable
- ❖ Bondadosa, honesta, respetuosa
- ❖ Amigable compañerismo, respetuosa
- ❖ Carismática honesta divertida.





XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN AÑO 2021- A (CRONOGRAMA EN SEMANAS)

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Conformación del Equipo de Acreditación y designación de coordinador	Director de E. S	X											
Selección de los evaluadores internos	Equipo de Acreditación	X											
Reunión de evaluadores internos para designar líder, designación de responsable (s) de macroprocesos, designación de responsable (s) de servicios y áreas para interactuar con evaluadores	Equipo de evaluadores internos	X											
Capacitación de evaluadores internos	Director del E.S		X										
Elaboración del Plan	Diresa		X										
Presentación a dirección para su aprobación	Equipo de Acreditación y Equipo de evaluadores internos		X										
Aprobación del Plan de Autoevaluación	Equipo de Acreditación		X										
Presentación del plan a los jefes de las unidades orgánicas, áreas, servicios	Director del E.S		X										
Difusión del proceso de autoevaluación y del listado de estándares de acreditación al personal de salud	Equipo de Acreditación y Equipo de evaluadores internos		X										
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a DIRESA, DIRECCION SUBREGIONAL	equipo de acreditación			X									
Ejecución del Plan de Autoevaluación, comprende:	Director del E. S					X							
• Reunión de apertura de la autoevaluación	Equipo de evaluadores					X							
• Explicación del Listado de estándares a los responsables de servicio o área	Equipo de evaluadores					X							
• Ejecución de autoevaluación de los macroprocesos	Equipo de evaluadores					X	X	X					
• Procesamiento de datos	Jefe de Unidad Gestión de la Calidad y Equipo de evaluadores									X			
Calificación de la evaluación	Equipo de evaluadores									X			
Análisis de datos y reunión de cierre	Equipo de acreditadores y equipo de evaluadores									X			
Elaboración, revisión y corrección del informe	Equipo de acreditadores y equipo de evaluadores										X		
• Comunicado de resultado final de la autoevaluación al jefe del E. S	Jefe de Unidad Gestión de la Calidad y Equipo de acreditadores										X		
Presentación del Informe de Autoevaluación a DIRESA, SUBREGION DE SALUD	Director del E.S											X	
Sociabilización de los resultados	Equipo de acreditación												X



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN AÑO 2021 - B
(CRONOGRAMA EN SEMANAS)**

Responsable de Equipo	Macroprocesos	Equipo de evaluadores internos	Octubre			Responsable (s) Evaluados(s)
			1	2	3	
Med. José Luis Risco Fernández.	Macro. 1: Direccionamiento (DIR)	Med. José Luis Risco Fernández.	x			Sub - Director
	Macro. 2 : Gestión de recursos humanos (GRH)	Med. Giancarlo Talla Chávez.		x		Jefe Unidad de Gestión de Recursos Humanos
	Macro. 3 : Gestión de la calidad (GCA)	Med. Karen Núñez Flores de Schmidlin			x	Jefe Gestión de la Calidad.
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 4 : Manejo del riesgo de la atención (MRA)	Lic. María Margarita Moncada Espinoza.	x			Jefa del Dpto. de Enfermería.
	Macro. 5 : Gestión de seguridad ante desastres (GSD)	Mag. Henry Palacios Litano.		x		Jefe de COER
Q. F. Severa García Castillo	Macro. 6: Control de la gestión y prestación(CGP)	Med. Leyda Elizabet Rafael Gutiérrez.	x			Jefe Gestión de la Calidad.
	Macro. 7 : Atención ambulatoria (ATA)	Q. F. Severa García Castillo.	x			Jefe del Dpto. de Consultorio Externos y Hospitalización.
Med. José Luis Risco Fernández.	Macro. 9 : Atención de hospitalización (ATH)	Lic. Viviana Rengifo Calle.	x			Jefe del Dpto. Medicina
	Macro. 10: Atención de emergencias (EMG)	Med. José Luis Risco Fernández.		x		Jefe del Dpto. Emergencia
	Macro. 11: Atención quirúrgica (ATQ)	Med. Karen Núñez Flores de Schmidlin.				Jefe del Dpto. Cirugía
	Macro. 12: Docencia e Investigación (DIV)	Lic. Cecilia Novoa Paredes.				Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.
	Macro. 13 : Apoyo diagnóstico y tratamiento(ADT)	Lic. Alexis Ovalle Fernández.			x	Jefe del Dpto. Apoyo al Diagnóstico.
	Macro. 14: Admisión y alta (ADA)	Lic. Magaly Ayala More.			x	Jefe de Unidad de Estadística e Informática.
	Macro. 15: Referencia y contra referencia (RCR)	Lic. Magaly Ayala More.			x	Jefe Gestión de la Calidad.
Med. Karen Núñez Flores de Schmidlin.	Macro. 16 : Gestión de medicamentos (GMD)	Q. F. Severa García Castillo.		x		Jefe del Dpto. Apoyo al Diagnóstico.
Q. F. Severa García Castillo	Macro. 17: Gestión de la información (GIN)	Mag. Henry Palacios Litano.		x		Jefe de Unidad de Estadística e Informática.
Q. F. Severa García Castillo	Macro. 18: De contaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)	Lic. Cinthia Patricia Aguirre Timana.		x		Jefe de Centro Quirúrgico
Med. José Luis Risco Fernández.	Macro. 19 : Manejo del riesgo social (MRS)	Mag. Henry Palacios Litano.		x		Jefe Gestión de la Calidad.
Q. F. Severa García Castillo.	Macro. 20: nutrición y dietética (NYD)	Lic. Viviana Rengifo Calle.			x	Jefe del Dpto. Apoyo al Diagnóstico.
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 21 : Gestión de insumos y materiales (GIM)	Q. F. Severa Garcia Castillo.			x	Jefe de Oficina de Administración.
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 22 : Gestión de equipos e infraestructura (EIF)	Med. José Luis Risco Fernández.			x	Sub - Director



XII. ANEXOS

RESPONSABLES DE EQUIPOS DE EVALUACION DE MACROPROCESOS



RESPONSABLE DE EQUIPO	MACROPROCESOS
Med. José Luis Risco Fernández.	Macro. 1: Direccionamiento (DIR)
	Macro. 2 : Gestión de recursos humanos (GRH)
	Macro. 3 : Gestión de la calidad (GCA)
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 4 : Manejo del riesgo de la atención (MRA)
	Macro. 5 : Gestión de seguridad ante desastres (GSD)
Q. F. Severa García Castillo.	Macro. 6: Control de la gestión y prestación(CGP)
	Macro. 7 : Atención ambulatoria(ATA)
Med. José Luis Risco Fernández.	Macro. 9 : Atención de hospitalización(ATH)
	Macro. 10: Atención de emergencias(EMG)
	Macro. 11: Atención quirúrgica(ATQ)
	Macro. 12: Docencia e Investigación (DIV)
Med. Karen Núñez Flores de Schmidlin.	Macro. 13 : Apoyo diagnóstico y tratamiento(ADT)
Med. Karen Núñez Flores de Schmidlin.	Macro. 14: Admisión y alta(ADA)
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 15: Referencia y contra referencia (RCR)
Med. Karen Núñez Flores de Schmidlin.	Macro. 16 : Gestión de medicamentos (GMD)
Q. F. Severa García Castillo.	Macro. 17: Gestión de la información (GIN)
Q. F. Severa García Castillo.	Macrop.18 : Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)
Med. José Luis Risco Fernández.	Macro. 19 : Manejo del riesgo social (MRS)
Q. F. Severa García Castillo.	Macro. 20: nutrición y dietética (NYD)
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 21 : Gestión de insumos y materiales (GIM)
Mag. Henry Palacios Litano.	Macro. 22 : Gestión de equipos e infraestructura (EIF)





LISTADO DE ESTANDARES DE ACREDITACION PARA E.S CATEGORÍA II-2

MACROPROCESOS
Macroprocesos. 1: Direccionamiento (DIR)
Macroprocesos. 2 : Gestión de recursos humanos (GRH)
Macroprocesos 3 : Gestión de la calidad (GCA)
Macroprocesos 4: Manejo del riesgo de la atención (MRA)
Macroprocesos. 5 : Gestión de seguridad ante desastres (GSD)
Macroprocesos. 6: Control de la gestión y prestación(CGP)
Macroprocesos 7 : Atención ambulatoria(ATA)
Macroprocesos. 9 : Atención de hospitalización(ATH)
Macroprocesos. 10: Atención de emergencias(EMG)
Macroprocesos11: Atención quirúrgica(ATQ)
Macroprocesos 12: Docencia e Investigación (DIV)
Macroprocesos. 13 : Apoyo diagnóstico y tratamiento(ADT)
Macroprocesos 14: Admisión y alta(ADA)
Macroprocesos 15: Referencia y contra referencia (RCR)
Macroprocesos 16 : Gestión de medicamentos (GMD)
Macroprocesos 17: Gestión de la información (GIN)
Macroprocesos 18: Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)
Macroprocesos 19: Manejo del riesgo social (MRS)
Macroprocesos 20: nutrición y dietética (NYD)
Macroprocesos 21 : Gestión de insumos y materiales (GIM)
Macroprocesos 22 : Gestión de equipos e infraestructura (EIF)

