



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0284-2022/GOB.REG-HVCA/DIRESA-HPT-D

Pampas, 18 de abril de 2022

### VISTO:

El MEMORÁNDUM N° 00469-2022/GOB.REG-HVCA/HPT-D, de fecha 13 de abril de 2022, acompañado de la Carta N° 117-2022/GOB.REG.HVCA/DIRESA/HPT-UGC, El Director Ejecutivo del Hospital de Pampas- Tayacaja, ordena proyectar el acto resolutorio aprobando EL PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DE PAMPAS 2022 y;

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral 11 del Título Preliminar de la Ley N°26842 Ley General de Salud, establece que: "La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.", asimismo, el numeral VI señala que: "Es responsabilidad del Estado promover /as condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.";

Que, el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N°013-2006-SA, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la - verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP- V.02 "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es 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, Que, asimismo, la citada Norma establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "Fase inicial obligatoria de evaluación 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";

Que, el artículo 37° de la Ley N° 26842, indica que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a la planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los gestantes ambientales físicos, químicos, biológicos y



ergonómicos, y demás proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que mediante CARTA N° 117-2022/GOB.REG.HVCA/DIRESA-HPT-UGC, de fecha 12 de abril de 2022, la coordinadora de Gestión de Calidad de servicios del Hospital de Pampas-Tayacaja, solicita al director ejecutivo, la aprobación del Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Pampas 2022.

Que, Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Pampas 2022, tiene como objetivo general, conocer el grado de cumplimiento en el Hospital de Pampas de los estándares de acreditación para IPRESS categoría II-1, así como promover una cultura de calidad en el Hospital de pampas a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad, también determinara las áreas susceptibles de mejora y nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de calidad, de igual manera involucrar a la diferentes UPSS del Hospital de Pampas a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todo los procesos, y facilitar en la toma de decisiones generales a través de los resultados del proceso de autoevaluación institucional;

Que, mediante Resolución Gerencial General Regional N° 701-2020/GOB.REG-HVCA/GGR, se designó a partir del 12 de noviembre de 2021, al **M.C. ARCE ZAPATA, Daniel Omar**, en el cargo de confianza de Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Pampas de Tayacaja, en uso de las atribuciones conferidas conforme a lo establecido en el Reglamento de Organizaciones y Funciones (ROF) del Hospital de Pampas de Tayacaja;

Estando a lo informado y con las visaciones, del Jefe de Oficina de Administración y de la Unidad de Asesoría Jurídica del Hospital de Pampas de Tayacaja, y;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR**, el "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE PAMPAS DE TAYACAJA 2022", la misma que forma parte de la presente resolución directoral

**ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR**, a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital de Pampas 2022.

**ARTÍCULO 3°.- NOTIFIQUESE** la presente Resolución a los órganos competentes del Hospital de Pampas de Tayacaja, para los fines de ley.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLA**

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA  
HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA

M.C. Daniel Omar Arce Zapata  
CMP. 68237  
DIRECTOR EJECUTIVO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

### CARTA DE INTENCION

LA JEFATURA DEL HOSPITAL DE PAMPAS EN CONCORDANCIA CON EL EQUIPO DE GESTION MANIFIESTA:

Siendo necesario llevar a cabo el proceso de ACREDITACION en el HOSPITAL DE PAMPAS, de la jurisdicción de la DIRESA HUANCAVELICA, este establecimiento de salud del II nivel de atención, de categoría II-1, eleva la presente carta de intención, para la aprobación del inicio del proceso de acreditación, para lo cual ha conformado el **COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE PAMPAS**, reconocido mediante **Resolución Directorial N°0158-2022/GOB-REG-HVCA/H.P.T.** de fecha 21 de febrero 2022; aceptando el compromiso de operatividad al conjunto de actividades programadas las cuales se adjunta al presente Plan de autoevaluación debidamente visada por la Jefatura Del Hospital De Pampas a la cual pertenecemos; así mismo mencionamos que este proceso se iniciara en el EESS ya citado.

N°	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DEL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA DE APLICACIÓN AUTOEVALUACION	FIRMA
1.	HOSPITAL DE PAMPAS	M.C. DANIEL OMAR ARCE ZAPATA	02 AL 22 DE AGOSTO DEL 2022	

Pampas, 30 de MARZO del 2021



PERÚ

Ministerio  
de Salud



“AÑO DE LA DECLARATORIA EN EMERGENCIA NACIONAL:  
AGRICULTURA Y SEGURIDAD CIUDADANA”

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA  
DIRESA HUANCAMELICA

# PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2022 DEL HOSPITAL DE PAMPAS



OFICINA DE GESTION DE CALIDAD  
Pampas, 2022



PERÚ

Ministerio  
de Salud

M.C. Daniel Omar Arce Zapata  
Director Ejecutivo  
Hospital de Pampas- Tayacaja

C.D. Edith Fano Rivas  
Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

### **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**

**COORDINADOR:** LIC.ENF. ELCIRA SOTOMAYOR BALBIN

<b>EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS</b>	
OBS. MAGDA CRUSKAYA CASTRO LEON	EVALUADOR LÍDER
LIC.ENF. ANTONIO ZUÑIGA GOMEZ	EVALUADOR I
OBS. CELIA HUATUCO HIDALGO	EVALUADOR II
OBS. DELIA BEATRIZ MEZA AYALA	EVALUADOR III
OBS. FLORABEL RAMOS YANCE	EVALUADOR IV
LIC.ENF. ROSARIO GUERRA RICSE	EVALUADOR V
LIC. ENF. RUBEN PAREDES TAPE	EVALUADOR VI
LIC. ENF. MIRIAM GIOVANA PAULINO CASTILLO	EVALUADOR VII
LIC. ENF. CINDY TEOFILA TORRES GUERRA	EVALUADOR VIII
LIC. ENF. MARISOL ENEDINA GUTIERREZ HUAMAN	EVALUADOR IX
LIC. ENF. SARHIT LILI GIRALDEZ BENDEZU	EVALUADOR X
OBS. TATIANA ESPINOZA MENDOZA	EVALUADOR XI
LIC.ENF. SOLEDAD NOEMI BARZOLA FLORES	EVALUADOR XII



# PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL PAMPAS 2022

## Índice

I.	Introducción .....	1
II.	Justificación .....	2
III.	Alcance.....	2
IV.	Base Legal .....	3-4
V.	Objetivos .....	5
VI.	Metodología .....	6
VII.	Recursos.....	7-9
	Humanos/Materiales/Financieros	
VIII.	Cronograma de Actividades.....	10-14



## HOSPITAL DE PAMPAS EN PROCESO DE ACREDITACIÓN AUTO EVALUACIÓN 2022

### I. INTRODUCCIÓN:

El Sistema de Gestión de la calidad en salud aprobado mediante la R.M. N°519-2006/MINSA, establece la acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario. Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M N°456-2007/MINSA, la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan de cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia el objetivo.

El proceso de acreditación es único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional; el modelo organizativo es público con funciones comparativas.

El proceso de acreditación tiene como propósito el promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual la fase inicial de este proceso se da la autoevaluación, primera fase del ciclo de acreditación. El instrumento obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al hospital superar sus deficiencias a través de un plan de mejora.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases:

1. Evaluación interna (autoevaluación)
2. Evaluación externa

En este Marco el Hospital de Pampas, plantea la necesidad de contar con un plan de autoevaluación para la Acreditación 2022 que dirija, los procesos a seguir, el resultado del 2021 fue al 52% en la Autoevaluación, Este resultado nos permite reorientar nuestros esfuerzos para continuar implementando las mejoras correspondientes en cada servicio y/o área.



## II. JUSTIFICACION

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica ni su pertenencia a ninguno de los cinco subsectores de nuestro sistema de salud. Aun más, si se partió del puesto que la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta a su vez ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, y de reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derechos en salud, que contiene a la calidad como una de sus principios. La estandarización también debe estar orientada a los métodos y técnicas de evaluación a desarrollar que mejoren la capacidad operativa de la propuesta técnica.

El hospital de pampas, es un establecimiento de salud que adquirió la categoría de II-1 hace 7 años y considerando la importancia de la acreditación para el funcionamiento con calidad, considero necesario someterse a la evaluación, ya que esto nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad, a la vez se identificarán los nudos críticos y de esa manera se podrá implementar procesos de mejoramiento continuo los cuales nos permitirán corregir las áreas identificadas como problemas.

## III. ALCANCE

El presente plan es de aplicación y cumplimiento en todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macro procesos expuestos en dicho manual.

## IV. BASE LEGAL:

- Ley N°26842, "Ley General de Salud".
- Ley N°27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N°27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
- Ley N°27813, "Ley Del Sistema Nacional Coordinado Y Descentralizado De Salud".
- Ley N°27557, "Ley Orgánica De Gobiernos Regionales".
- Ley N°27444, "Ley General De Procesos Administrativos".
- Ley N°25454, "Ley General De Banco De Sangre".
- D.S N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento De Organización Y Funciones Del Ministerio De Salud".
- D.S N° 013-2006-SA, "Reglamento De Establecimientos De Salud Y De Servicios Médicos De Apoyo".
- D.S N°016-2001-SA, "Reglamento Para La Ley N°27604".
- Resolución Presidencial N° 025CND-P-2005, "que aprueba el plan de transferencia sectorial de quinquenio 2005-2009".



- R.M N° 519-2006/MINSA, Que Aprueba El Documento Teórico “Sistema De Gestión De Calidad De Salud”.
- R.M N° 769-2004/MINSA, que aprueba la norma técnica N° 021-MINSA/DGSP.01” categorías de establecimientos del sector salud”.
- R.M N° 245-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico “Lineamientos De Política Tarifaria En El Sector Salud”.
- R.M N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el “Modelo De Reglamento De Organización Y Funciones De Los Hospitales”.
- R.M N° 111-2005/MINSA, que aprueba los “Lineamientos Para La Organización Y Funcionamiento De La Estructura De Calidad En Los Hospitales Del Ministerio De Salud”.
- R.M N° 597-2005/MINSA, que aprueba la “NTS N° 022-MINSA/DGSP, v0.2norma Técnica De Salud Para La Gestión De La Historia Clínica.
- R.M N° 614-2004/MINSA, que aprueba las” Normas Técnicas Del SistemaDe Gestión De Calidad Del Programa Nacional De Hemoterapia Y Banco De Sangres (PRONAHEBAS)”
- R.M N°486-2005/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica N° 030-MINSA/DGSPV”.
- “Norma Técnica De Los Servicios De Anestesiología”.
- R.M N° 753-2004/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica DePrevención Y Control De Infecciones Intrahospitalarias”.
- R.M N°510-2005, que aprueba el “Manual De Salud Ocupacional”.
- R.M N°729-2003 SA/DM “La Atención Integral Compromiso De Todos-El Modelo De Atención Integral (MAIS)”.
- R.M N° 996-2005/MINSA, que aprueba el “Compendio De Guías De Intervenciones O Procedimientos De Enfermería En Emergencias Y Desastres”.
- R.M N° 194-2005/MINSA, que aprueba la directiva N°053-05-MINSA- OGDN, v 0.1.
- “Organización Y Funcionamiento De Las Brigadas Del Ministerio De Salud Para Atención Y Control De Situaciones De Riesgos O Desastres”.
- R.M N° 974-2004/MINSA, que aprueba la directiva N°043-2004-OGDN/MINSA-V- 01, “Procedimiento Para Elaboración De Planes De Respuesta Frente A Emergencias Y Desastres”.
- R.M N° 768-2004/MINSA, que aprueba la directiva “Procedimiento ParaLa Elaboración De Planes De Contingencia Para Emergencias Y Desastres”.
- R.M N° 511-2005/MINSA, que aprueba las “Guías De Práctica Clínica En Emergencia En Pediatría”.
- R.M N° 516-2005/MINSA, que aprueba las “Guías De Práctica Clínica En Emergencia De Adulto”.
- R.M N° 776-2004/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica De La Historia Clínica De Los Establecimientos De Salud Del Sector Público”.
- R.M N°423-2001-SA/DM, que aprueba el “Manual De Procedimientos De Admisión Integral En Establecimientos Del Primer Nivel De Atención”.
- R.M N° 751-2004/MINSA, que aprueba la “Normal Técnica Del SistemaDe Referencia Y Contrarreferencia De Los Establecimientos Del Ministerio De Salud”.
- R.M N° 970-2005/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica De Salud Para Proyectos De Arquitectura, Equipamiento Y Mobiliario De Establecimientos De



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Salud Del Primer Nivel De Atención”.

## V. OBJETIVOS:

### OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el grado de cumplimiento en el Hospital de Pampas de los estándares de acreditación para IPRESS categoría II-1

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Promover una cultura de calidad en el Hospital de Pampas a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de calidad.
- Involucrar a las diferentes UPSS del Hospital de Pampas a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todos los procesos.
- Facilitar en la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de autoevaluación institucional.

## VI. METODOLOGIA:

La evaluación es el momento en que el evaluador de salud percibe en forma global panorámica desde su posición que es lo que está sucediendo, además permite analizar al interior del establecimiento los problemas internos y externos que intervienen en el cumplimiento de los estándares de acreditación a evaluar, así el equipo de evaluadores internos utilizara diversas técnicas tales como:

- **Verificación (revisión de documentos):** Uno de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registro e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas. así también, se trata de observar el entorno.
- **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.



- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos mediante la observación con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación
  - **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta que punto una situación, proceso o comportamiento se sustenta en las normas o criterios preestablecidos.
- Referencias Normativas y las Fuentes Auditables.**
- Normas Legales sectoriales que regulan procedimientos y procesos institucionales.
    - Normas internas de cada establecimiento prestador.
    - Normas legales que regulan los procesos emanados por el MINSA.

## VII. RECURSOS:

### RECURSOS HUMANOS:

#### Equipo de Gestión de Calidad del Hospital de Pampas:

- COORDINADOR :C.D. EDITH FANO RIVAS
- DIRECTOR :M.C. DANIEL OMAR ARCE ZAPATA
- SECRETARIO :M.C. HECTOR DANNY GONZALES OTAIRO
- VOCAL I :LIC. ENF.NEREO TEODOSIO GUTIERREZ CONTRERAS
- VOCAL II :OBST.CARMEN ARACELY SANTIVANEZ CASTRO
- VOCAL III :ABOG.RICNER RICAR VILLANEDA RIVEROS

De los 20 macroprocesos como II-1 no se considera el macroproceso 8 de la atención extramural y el macroproceso 12 de docencia e investigación, por lo que se evalúan solo 72 estándares de los 78 establecidos.

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

**COORDINADOR:** LIC. ENF. ELCIRA SOTOMAYOR BALBIN

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	
OBS. MAGDA CRUSKAYA CASTRO LEON	EVALUADOR LÍDER
LIC.ENF. ANTONIO ZUÑIGA GOMEZ	EVALUADOR I
OBS. CELIA HUATUCO HIDALGO	EVALUADOR II
OBS. DELIA BEATRIZ MEZA AYALA	EVALUADOR III
OBS. FLORABEL RAMOS YANCE	EVALUADOR IV
LIC.ENF. ROSARIO GUERRA RICSE	EVALUADOR V
LIC. ENF. RUBEN PAREDES TAIBE	EVALUADOR VI
LIC. ENF. MIRIAM GIOVANA PAULINO CASTILLO	EVALUADOR VII
LIC. ENF. CINDY TEOFILA TORRES GUERRA	EVALUADOR VIII
LIC. ENF. MARISOL ENEDINA GUTIERREZ HUAMAN	EVALUADOR IX
LIC. ENF. SARHIT LILI GIRALDEZ BENDEZU	EVALUADOR X
OBS. TATIANA ESPINOZA MENDOZA	EVALUADOR XI
LIC.ENF. SOLEDAD NOEMI BARZOLA FLORES	EVALUADOR XII

**PERÚ**Ministerio  
de Salud**RESPONSABLE DE MACROPROCESOS:**

<b>MACROPROCESOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>
<b>DIRECCIONAMIENTO (DIR)</b>	MC. DANIEL OMAR ARCE ZAPATA
<b>GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)</b>	LIC.ADM.WALTER BERNARDO CONGORA
<b>GESTION DE LA CALIDAD (GCA)</b>	CD. EDITH FANO RIVAS
<b>MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION (MRA)</b>	LIC. ENF.FREDY QUISPE YARANGA
<b>GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GS)</b>	ING. EUSEBIA CORINA GAGO BELTRAN
<b>CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)</b>	LIC.ENF.ARACELY NAYSHA CARBAJAL AQUINO
<b>ATENCION AMBULATORIA (ATA)</b>	LIC.ENF.ARACELY NAYSHA CARBAJAL AQUINO
<b>ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)</b>	MC.HECTOR DANNY GONZALES OTAIRO
<b>ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)</b>	MC. MARCEL MADRID MADRID DAVILA
<b>ATENCION QUIRURGICA (ATQ)</b>	LIC. ENF. LIZETH FIORELLA INGARUCA SAAVEDRA
<b>ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (ADT)</b>	MC. MARLENE ROSSANA RIVERA CASAÑO
<b>ADMISIÓN Y ALTA (ADA)</b>	TEC. ADM. FRANCISCO MEZA VILCAPOMA
<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)</b>	CD.EDUARDO JUNIOR LEVANO BALDEON
<b>GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)</b>	Q.F. TUMIALAN AMANCAY EDITH EUGENIA
<b>GESTION DE LA INFORMACION (GIN)</b>	TEC. INF. ANDERSON TORO ZORILLA
<b>DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION ESTERILIZACION (DLDE)</b>	LIC. ENF. RAUL QUISPE MARTINEZ
<b>MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)</b>	P.S. NORA IRENE ESCOBAR TORRES
<b>NUTRICION Y DIETETICA (NYD)</b>	LIC.NUT.EDINSON CARLOS VARGAS VARGAS
<b>GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)</b>	CPC.HEROL HOOVER ENRIQUEZ RODRIGUEZ
<b>GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)</b>	BACH.JORGE LUIS SUAREZ ORELLANA



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## RECURSOS MATERIALES:

### Copias de cada manual que se entregaría a cada grupo de evaluador interno:

- ✓ Manuales de llenado de estándares de acreditación para II-1-anexo 8
- ✓ Manuales de guía para evaluador para la acreditación
- ✓ Materiales de escritorio:
  - Papel bond A-4 01 millar
  - Copia de las encuestas de fuente de verificación
  - Lapicero rojo, azul 24 lapiceros
  - Lápiz 15 unidades
  - Borrador 15 unidades
  - Tajador 15 unidades
- ✓ Refrigerio para los equipos conformados durante la evaluación y acreditación

## RECURSOS FINANCIEROS:

Financiado por el Hospital Pampas.

## VIII. ACTIVIDADES:

- Capacitación del proceso de acreditación del personal responsable del comité de evaluadores internos del Hospital Pampas (acta).
- Presentación del plan para la autoevaluación del Hospital Pampas.
- Solicitar la resolución de los evaluadores internos y comité de acreditación del Hospital De Pampas.
- Reunión de capacitación de acreditación a los responsables de la actividad a cargo del equipo de gestión de calidad
- Recopilación de materiales para la autoevaluación
- Inicio de la autoevaluación
- Control de calidad de autoevaluación a cargo del comité de gestión de la calidad del hospital de pampas.
- Monitoreo de la autoevaluación a cargo del equipo de evaluadores.
- Ingreso y procesamiento de datos.
- Informe preliminar del proceso de acreditación (autoevaluación).
- Solicitar la evaluación externa luego de haber logrado el 85% mínimo de los estándares de acreditación para el segundo nivel de atención.
- Solicitar la resolución directoral de categorización y acreditación del Hospital de Pampas luego de haber aprobado el proceso en el periodo establecido.

**Composición del listado por categoría**

Categoría	Macroproceso	Estándares	Criterios
II-1	20	72	326

Cabe hacer mención que no se considera el macroproceso 8 de la atención extramural y el macroproceso 12 de docencia e investigación, por lo que se evalúan solo 72 estándares de los 78.

**IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	MESES DE TRABAJO 2022											
			M	A	M	J	J	A	S	O				
1	Elaboración de plan de autoevaluación	Equipo de evaluadores internos	X											
2	Aprobación de plan de trabajo	Unidad de Gestión de Calidad		X										
3	Sensibilización del personal responsable de UPS- capacitación de grupo de evaluadores	Equipo de evaluadores internos del hospital pampas y personal externo			X	X								
4	Distribución de fichas de listado estándares de acreditación	Unidad de Gestión de Calidad					X							
5	Aplicación del instrumento de autoevaluación	Equipo de evaluadores internos							X					
6	Evaluación de los resultados obtenidos	Equipo de evaluadores internos							X					
7	Implementación de planes de mejora continua	Comité de mejora continua de calidad							X					
8	Elaboración de informe de autoevaluación	Equipo de evaluadores internos							X					
9	Control de calidad y proceso de información	Coordinador										X		
10	Socialización de los resultados por macroprocesos	Equipo de gestión de calidad Hospital Pampas										X		
11	Solicitar EVALUACIÓN EXTERNA	Equipo de acreditación												X
12	Solicitar resolución directorial de categorización y re-categorización de EESS de la red Tayacaja	Solicitar resolución directorial de categorización y acreditación												X

Cabe mencionar que las programaciones de las actividades pueden variar dependiendo de las necesidades y/o circunstancias que pudiera presentarse en el transcurso de los meses programados.

MACROPROCESOS	MES DE EVALUACIÓN – AGOSTO DEL 2022																					
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
DIRECCIONAMIENTO (DIR)	X																					
GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)		X	X																			
GESTION DE LA CALIDAD (GCA)				X																		
MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION (MRA)					X	X	X															
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)																			X			
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)																				X	X	
ATENCION AMBULATORIA (ATA)														X	X							
ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)																X	X					
ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)									X													



ATENCIÓN QUIRÚRGICA (ATQ)			X	X															
ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO (ADT)									X	X									
ADMISIÓN Y ALTA (ADA)					X														
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)							X												
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)													X	X					
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)																	X		
DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)											X	X							
MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)				X															
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (NYD)													X						
GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)			X																
GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)								X											

La presente evaluación está sujeta a una reprogramación en caso de alguna eventualidad para su cumplimiento.



PERÚ

Ministerio de Salud

**PERÚ**Ministerio  
de Salud**EQUIPO DE EVALUADORES DE MACROPROCESOS:**

<b>MACROPROCESOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>EVALUADORES INTERNOS</b>
<b>DIRECCIONAMIENTO (DIR)</b>	MC. DANIEL OMAR ARCE ZAPATA	Equipo 1
<b>GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)</b>	LIC.ADM.WALTER BERNARDO CONGORA	Equipo 1
<b>GESTION DE LA CALIDAD (GCA)</b>	CD. EDITH FANO RIVAS	Equipo 2
<b>MANEJO DE RIESGO DE L ATENCION (MRA)</b>	LIC. ENF.FREDY QUISPE YARANGA	Equipo 2
<b>GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)</b>	ING. EUSEBIA CORINA GAGO BELTRAN	Equipo 2
<b>CONTROL DE LA GESTION PRESTACION (CGP)</b>	LIC.ENF.ARACELY NAYSHA CARBAJAL AQUINO	Equipo 3
<b>ATENCION AMBULATORIA (ATA)</b>	LIC.ENF.ARACELY NAYSHA CARBAJAL AQUINO	Equipo 3
<b>ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)</b>	MC.HECTOR DANNY GONZALES OTAIRO	Equipo 3
<b>ATENCION DE EMERGENC (EMG)</b>	MC. MARCEL MADRID MADRID DAVILA	Equipo 4
<b>ATENCION QUIRURGICA (ATQ)</b>	LIC. ENF. LIZETH FIORELLA INGARUCA SAAVEDRA	Equipo 4
<b>ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (ADT)</b>	MC. MARLENE ROSSANA RIVERA CASAÑO	Equipo 4
<b>ADMISIÓN Y ALTA (ADA)</b>	TEC. ADM. FRANCISCO MEZA VILCAPOMA	Equipo 5
<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)</b>	CD.EDUARDO JUNIOR LEVANO BALDEON	Equipo 5
<b>GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)</b>	Q.F. EDITH EUGENIA TUMIALAN AMANCAY	Equipo 5
<b>GESTION DE LA INFORMACION (GIN)</b>	TEC.INF. ANDERSON TORO ZORRILLA	Equipo 6
<b>DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)</b>	LIC. ENF. RAUL QUISPE MARTINEZ	Equipo 6
<b>MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)</b>	P.S. NORA IRENE ESCOBAR TORRES	Equipo 6
<b>NUTRICION Y DIETETICA (NYD)</b>	LIC.NUT.EDINSON CARLOS VARGAS VARGAS	Equipo 7
<b>GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)</b>	CPC.HEROL HOOVER ENRIQUEZ RODRIGUEZ	Equipo 7
<b>GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)</b>	BACH.JORGE LUIS SUAREZ ORELLANA	Equipo 7