

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL SECTORIAL SUB REGIONAL N° 0811-2023-GR-CAJ/DRSC-DSRSC-RR.HH/DG.**

Cutervo, 22 de agosto del 2023

**VISTO:**



El Oficio N° 0486-2023-GR.CAJ-DRSC/DRSC-C/DESP-DAIS-GCS, de fecha 16 de agosto del año 2023, presentado por el Blgo. Epid. Luis A. Rios Torres; en el que requiere la Aprobación y Emisión de Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación del Hospital Santa María de Cutervo en cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios de salud año 2023, ficha N° 30; y el Oficio N° 759-2023-GR.CAJ-DRSC/DSRSC/HSMC/D.

**CONSIDERANDO:**

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA/DGSP-V: Norma Técnica de 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la autoevaluación es una 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;

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 entre otros objetivos, la de proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa; así mismo establece el esquema para la elaboración del Plan de Autoevaluación, el mismo que debe ser elaborado por el equipo evaluador seleccionado.

Que, para la elaboración del Plan de Autoevaluación del Hospital Santa María de Cutervo en cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios de salud año 2023, Ficha N° 30: fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los estándares de la calidad en la atención de salud, se ha tenido en cuenta la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud de Acreditación de

define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023.

Que, se procede expedir la presente Resolución, conforme a la Resolución Ministerial N° 701-2004-MINSA, que delega a los titulares de las Direcciones de Salud la facultad y atribución para expedir resoluciones directorales sobre las acciones del personal, en ese mismo sentido la Ordenanza Regional N° 001-2015 - GR.CAJ/CR, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección de Salud Cutervo y en uso de las facultades conferidas como Director Sub Regional de Salud Cutervo, mediante Resolución Directoral Regional Sectorial N° 0353-2023-GR-CAJ/DRS-OE.GD.RR.HH, de fecha 08 de mayo del 2023; contando con la visación de la, Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, Oficina de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y la Oficina de Asesoría Jurídica y a lo dispuesto por la dirección General de la Dirección Sub Regional de Salud Cutervo.



**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR** el Plan de Autoevaluación del Hospital Santa María de Cutervo en cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios de salud año 2023, Ficha N° 30: fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de las IPRESS para el cumplimiento de los estándares de la calidad en la atención de salud.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DEJAR** sin efecto cualquier otra Resolución Directoral que se oponga a la presente.

**ARTÍCULO TERCERO.- HACER** de conocimiento de la presente resolución a las Direcciones de la Dirección Sub Regional de Salud Cutervo y al interesado conforme a Ley.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCION SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO

Q.F. JOSÉ ANTONIO TAPIA SANCHEZ  
DIRECTOR GENERAL

# HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO

## PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
CUTERVO, 2023



## ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN**
  - 2.1 FINALIDAD
  - 2.2 JUSTIFICACIÓN
- III. OBJETIVOS**
  - 3.1 OBJETIVO GENERAL
  - 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- IV. ALCANCE**
- V. BASE LEGAL**
- VI. CONTENIDO**
  - 6.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES
  - 6.2 ACTIVIDADES A DESARROLLAR
- VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**
  - 7.1 METODOLOGÍA
  - 7.2 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN
  - 7.3 INSTRUMENTOS
  - 7.4 RECURSOS HUMANOS
  - 7.5 RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS
  - 7.6 PROCEDIMIENTO
  - 7.7 RESULTADOS DE EVALUACIÓN
- VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA AUTOEVALUACIÓN**
  - 8.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
  - 8.2 CRONOGRAMA SEGÚN CATEGORÍAS Y RESPONSABLES
- IX. ANEXOS**
  - ANEXO N° 01: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN
  - ANEXO N° 02: HOJA DE RECOMENDACIONES
  - ANEXO N° 03: MATRIZ DE SELECCIÓN



## I. INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de la transformación de los Sistemas de Salud, uno de los pilares más importantes que se ha hecho evidente en muchos países en los últimos años, es la calidad en la prestación de los servicios de salud. La calidad de la atención es un requerimiento primordial, dirigido a garantizar la seguridad a los pacientes, llegando a satisfacer sus expectativas por la atención y minimizando los riesgos al momento de brindar los servicios de salud; lo que orienta a la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud de nuestro país, siendo regularmente evaluados con el fin de lograr mejoras progresivas en cuestiones de calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que viene siendo impulsado por el Ministerio de Salud, reconoce la calidad de atención como un principio básico de la prestación en salud, determinando que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe contar la atención de salud prestada a los usuarios para la satisfacción de sus expectativas con respecto a la atención.

El proceso de acreditación tiene por finalidad promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo en armonía de las unidades prestadoras de servicios de salud (UPSS) de un establecimiento de salud. El proceso de acreditación está compuesto por dos fases: autoevaluación y evaluación externa.

La primera fase del proceso de acreditación de establecimientos de salud (PAES), es la autoevaluación, que consiste en la evaluación periódica, basada en la comparación del desempeño del trabajador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores claves en la prestación de la salud. Se empieza por conformar un equipo de evaluadores internos quienes aplican del Listado de Estándares de Acreditación, según su nivel de atención, detectando sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, lo que facilitará a la institución superar sus deficiencias mediante un plan de mejoramiento.

La evaluación externa es la fase final del proceso de acreditación, la que está orientada en la confirmación de manera externa de los resultados obtenidos en relación al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase de autoevaluación o evaluación interna. Esta fase es necesario para obtener la



constancia de acreditación, así como la Resolución Ministerial de la condición de Acreditado.

El proceso de Acreditación en el Hospital Santa María de Cutervo se ha venido realizando periódicamente en los últimos años, para el año 2022 se obtuvo un resultado de 36%, evidenciándose que, en el Sistema de Salud en general aún existen muchos aspectos por mejorar como recursos, capacidades y cumplimiento de los procesos para alcanzar los estándares óptimos de calidad de atención en salud.

El Listado de Estándares de Acreditación, es un documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación de acuerdo a los macroprocesos que se desarrollan en todo establecimiento de salud, lo que nos sirve como instrumento de evaluación.

En tal sentido, el presente documento constituye el Plan de Autoevaluación o Evaluación Interna como paso inicial del proceso de acreditación que ha empezado nuestra institución, ya que es necesario contar con un plan que oriente los procesos a seguir, ya que según los resultados de cada evaluación que se realice nos posibilita reorientar los esfuerzos para continuar con la implementación de mejoras que corresponden a cada servicio o área.

## II. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN

### 2.1 FINALIDAD

El presente plan se desarrolla con la finalidad de conocer la realidad de nuestra institución y de ello implementar acciones de mejora continua para mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro con un enfoque humano y social.

### 2.2 JUSTIFICACIÓN

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, el Ministerio de Salud ha dispuesto, la realización del proceso de acreditación como una obligación para todos los establecimientos de salud a nivel nacional. El mencionado proceso se realizará bajo la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 50-MINSA-DGSP "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de



Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”. Donde claramente se señalan los dos pasos del proceso de acreditación, primero la evaluación interna y posteriormente la evaluación externa.

La evaluación interna tiene la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, permitiendo la satisfacción de los usuarios y creación de una cultura de calidad en salud.

La autoevaluación brinda a la dirección del Hospital un diagnóstico general de la institución, lo que permite la identificación de las debilidades o problemas que afectan a la institución, los mismos que se convertirán en una oportunidad de mejora, para posteriormente desarrollar acciones de mejora a ejecutar para superar las deficiencias encontradas.

### III. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los distintos macroprocesos establecidos según la normatividad vigente.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Planificar y organizar el proceso de Autoevaluación.
- ❖ Ejecutar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento de salud II-1.
- ❖ Analizar los resultados obtenidos del proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora en las debilidades encontradas durante el proceso de autoevaluación.
- ❖ Promover una cultura de calidad en los servicios de atención al usuario del Hospital.
- ❖ Favorecer a la toma de decisiones gerenciales mediante los resultados del proceso de autoevaluación institucional.



#### IV. ALCANCE

El presente plan de autoevaluación es de alcance y cumplimiento obligatorio para todas las unidades orgánicas, funcionales y todo el personal que labora en el Hospital Santa María de Cutervo.

#### V. BASE LEGAL

- ❖ Ley N° 26842 – Ley General de Salud y sus modificatorias.
- ❖ Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- ❖ Ley N° 27444 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- ❖ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ❖ Ley N° 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- ❖ Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ❖ Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- ❖ Ley N° 30 895 – Ley que Fortalece la Función rectora del Ministerio de Salud.
- ❖ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01, “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- ❖ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- ❖ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02, “Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”.
- ❖ 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”.
- ❖ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”



- ❖ 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.
- ❖ 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”.
- ❖ 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.
- ❖ Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- ❖ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud” y sus modificatorias.
- ❖ Resolución Ministerial N° 896-2017/MINSA, que crea en la “Secretaría General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud”
- ❖ 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.

## VI. CONTENIDO

### 6.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES

- ❖ **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud cuentan con un equipo de evaluadores internos formados previamente, utilizan el Listado de Estándares de Acreditación y desarrollan la evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificando sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- ❖ **Acreditación:** 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, orientados a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.



- ❖ **Constancia para la acreditación:** Documento que emite la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
- ❖ **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- ❖ **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar las prácticas operativas que concluyen en resultados óptimos relativos a la calidad.
- ❖ **Evaluador interno:** Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencia para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.
- ❖ **Evaluador externo:** Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencia para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.
- ❖ **Evaluación externa:** Fase final de la evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder a la Constancia para la Acreditación como la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición del Acreditado.
- ❖ **Guía Técnica del Evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación en los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.



- ❖ **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del avance hacia la acreditación, proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
- ❖ **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
- ❖ **Macroproceso:** es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa varios procesos.
- ❖ **Atributos de calidad:** conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

## 6.2 ACTIVIDADES A DESARROLLAR

El Área de Gestión de la Calidad en Salud desarrolla actividades para la Autoevaluación del proceso de Acreditación, basados en el marco de los Criterios de Programación que rigen las actividades establecidas por la Coordinación de Gestión de la Calidad en Salud de la DISA Cutervo. Por ello, las actividades institucionales, serán las siguientes:

- ❖ Conformación de equipo de evaluadores internos y equipo de Acreditación para la Autoevaluación, reconocidos con Resolución.
- ❖ Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación.
- ❖ Capacitación a evaluadores internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ❖ Ejecución del proceso de Autoevaluación y elaboración del Informe Técnico.
- ❖ Seguimiento de las recomendaciones realizadas en el informe técnico.



Para desarrollar el proceso de Autoevaluación se deben tener en cuenta las siguientes actividades:

❖ **Conformación/Actualización/Oficialización del Equipo de Evaluadores Internos:**

Deben conformarse los equipos de evaluadores internos, reconocidos con Resolución Directoral, dichos equipos se organizarán internamente para cumplir con las actividades, dando inicio al proceso de autoevaluación. Los equipos deben contar con el tiempo necesario para cumplir con los objetivos establecidos y remitirán sus informes a un equipo de Redacción, conformado por:

- El equipo del proceso de Acreditación del Área de Calidad, quienes realizarán el consolidado de la información y en la última reunión con los evaluadores internos emitirán el informe final.

❖ **Capacitaciones de Evaluadores Internos:**

Se solicitará la capacitación a los evaluadores internos con el objetivo de fortalecer sus conocimientos en relación a este tipo de actividades de evaluación de establecimientos de salud.

❖ **Elaboración y Socialización del Plan de Autoevaluación:**

El equipo de evaluadores internos elabora el Plan de Autoevaluación, hace llegar al Área de Gestión de la Calidad para ser elevado a la Dirección y debe ser aprobado con Resolución Directoral. Se formularán estrategias de comunicación con el fin de sensibilizar y conseguir la colaboración de los jefes y todos los trabajadores en general en el proceso de autoevaluación institucional. Para ello, se presentará el plan en reunión de Equipo de Gestión, así mismo, se buscará la publicación en la página web institucional, del contenido y los objetivos del plan.

❖ **Ejecución de la Autoevaluación y remisión del informe final:**

Una vez que se cuente con la programación de actividades, se realizará la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes, así mismo se realizará la organización de



tareas y metas por los responsables de equipos, para iniciar con el desarrollo de la evaluación según cronograma establecido.

Cada equipo evaluador remitirá su informe al equipo de Acreditación institucional, quienes realizarán la consolidación de los resultados y se redactará el informe final que deberá ser elevado a Dirección y niveles correspondientes. Finalmente se realizará las actividades de retroalimentación a las jefaturas y trabajadores de la institución en general.

❖ **Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora:**

Los diferentes servicios y áreas procederán a realizar las acciones para implementar las mejoras de acuerdo a las observaciones encontradas en cada macroproceso, será el Área de Calidad, quien monitoree y realice el seguimiento de los avances mediante informes.

## VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

### 7.1 METODOLOGÍA

El proceso de autoevaluación se llevará a cabo por el equipo de evaluadores internos, donde utilizarán el Listado de Estándares de Acreditación que corresponde, contando con la participación de todos los jefes de áreas y servicios y todos los trabajadores como evaluados y posteriormente serán quienes implementen los proyectos o procesos de mejora.

La capacitación y experiencia brindada a los evaluadores internos, permitirá hacer la verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación de la realidad actual de los servicios, según el cronograma considerado en el Plan de Autoevaluación, el que está respaldado por la normativa vigente.

### 7.2 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

El equipo de autoevaluación durante el proceso de evaluación interna, hará uso de las siguientes técnicas:

- ❖ Verificación y revisión de documentos.
- ❖ Observación directa de los procesos
- ❖ Entrevista
- ❖ Muestreo



- ❖ Encuestas
- ❖ Auditorías de registros médicos

Siendo el principal instrumento la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

### 7.3 INSTRUMENTOS

- ❖ Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- ❖ Listado de Estándares de Acreditación para Establecimiento de Salud con categoría II-1.
- ❖ Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ❖ Formatos de evaluación: hoja de registro de datos para la evaluación y de recomendaciones.
- ❖ Aplicativo informático de Acreditación MINSA, para el registro y procesamiento de resultados.

### 7.4 RECURSOS HUMANOS

Dentro de los recursos humanos para desarrollar el proceso de Autoevaluación tenemos el equipo de acreditación y el equipo de evaluadores internos, que posteriormente se agruparan en equipos más pequeños para realizar la evaluación interna por macroprocesos. Los equipos para la autoevaluación están conformados de la siguiente manera:

Equipo de Acreditación del Hospital Santa María de Cutervo, 2023.

N°	Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
01	Rosa Jacqueline Delgado Toro	Lic. en Obstetricia	Directora
02	Pedro Ponce Bernuy	Médico Cirujano	Jefe de Consultorios Externos
03	Josefina Rosalmery Méndez Toledo	Lic. en Enfermería	Responsable de Gestión de la Calidad
04	María Silvia Carranza Vásquez	Lic. en Enfermería	Servicio de Enfermería



Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Santa María de Cutervo, 2023.

N°	Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
01	Zully Carol Dávila Pérez	Lic. en Obstetricia	Jefa de Servicio de Obstetricia
02	Elí Mego Mondragón	Lic. en Enfermería	Jefe Servicio de Enfermería
03	Adelaida Paz Montenegro	Lic. en Enfermería	Servicio de Enfermería
04	Cristhy Graciela Carranza Quispe	Tecnólogo Médico	Jefa de Banco de Sangre y Laboratorio
05	Flor Liliana Huanambal Guevara	Químico Farmacéutica	Jefa de Farmacia
06	Melissa Arévalo Vásquez	Contadora Pública	Administradora
07	Ilmer Altamirano Medina	Lic. en Enfermería	Servicio de Enfermería
08	Rosalyn Valera Centurión	Lic. en Obstetricia	Servicio de Obstetricia
09	Zizhen Kiara Astonitas Guevara	Lic. en Enfermería	Servicio de Enfermería

## 7.5 RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS

Los recursos a utilizar en cuanto a bienes son:

N°	Bienes/servicios	Precio Referencial	Cantidad Programada	Costo Total
01	Lapiceros de color azul	S/. 1.00	12	S/. 12.00
02	Corrector líquido de punta fina	S/. 3.00	03	S/. 9.00
03	Lápiz negro N° 2 sin borrador	S/. 0.50	12	S/. 6.00
04	Borrador blanco para lápiz tamaño mediano	S/. 0.50	12	S/. 6.00
05	Papel Bond 80gr Tamaño A4 ( Millar)	S/. 18.00	01	S/. 18.00
06	Tablero Acrílico Tamaño A4 con sujetador de metal	S/. 6.00	06	S/. 36.00
07	Memoria portátil USB de 4 GB	S/. 32.00	01	S/. 32.00
<b>TOTAL</b>				<b>S/. 119.00</b>

Los recursos para refrigerio y otros servicios son:

N°	Bienes/servicios	Precio Referencial	Cantidad Programada	Costo Total
01	Agua mineral	S/. 1.50	13	S/. 19.50
02	Galleta soda (2 Unid c/u)	S/. 1.00	26	S/. 26.00
03	Servicio de fotocopiado	S/. 1.00	12	S/. 12.00
<b>TOTAL</b>				<b>S/. 57.50</b>



RESUMEN

N°	Recursos Financieros	Monto Total
01	Bienes	S/. 119.00
02	Refrigerio y otros servicios	S/. 57.50
<b>TOTAL</b>		<b>S/. 176.50</b>

Nota: El financiamiento para el presente Plan estará en relación a la disponibilidad presupuestal del presente año 2023.

7.6 PROCEDIMIENTO

- ❖ La programación de la Autoevaluación debe ser incluido en el Plan Operativo Institucional.
- ❖ Para realizar el proceso de Autoevaluación, la Dirección tiene conocimiento de la conformación de los equipos de evaluadores internos y el equipo de acreditación.
- ❖ Se realizará la selección y conformación de los equipos de evaluadores internos y equipo de acreditación.
- ❖ El equipo de evaluadores internos, elaboran el Plan de Autoevaluación y remiten al área de Gestión de Calidad, el cual deberá ser aprobado por Dirección.
- ❖ El equipo de Acreditación con respaldo de Dirección promueve la difusión y el conocimiento del Listado de Estándares de acreditación en reunión de apertura y revisión de dicho Listado según la categoría correspondiente.
- ❖ Se realiza actividades de comunicación para inicio de Autoevaluación, incluyendo a instancias superiores.
- ❖ Se solicita a los jefes de cada servicio o área estar presentes en el proceso autoevaluación para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente externos.
- ❖ El equipo de evaluadores internos inicia el proceso de evaluación interna, visitando las áreas o servicios del establecimiento y verificando el cumplimiento de estándares.
- ❖ Los equipos de evaluadores internos realizarán la calificación respectiva de la evaluación.
- ❖ Se realizará una reunión de cierre y revisión de resultados con los equipos de evaluadores internos.



- ❖ Elaboración del Informe Final de Autoevaluación, incluyendo debilidades encontradas y recomendaciones para mejorar.
- ❖ Posteriormente se realizarán las actividades de información de los resultados encontrados en la Autoevaluación institucional, dando a conocer las acciones de mejora que se deben implementar en los diferentes servicios o áreas evaluadas
- ❖ Actividades de monitoreo y seguimiento del avance de las acciones de mejoras implementadas en los servicios o áreas, estará a cargo del Área de Calidad.

### 7.7 RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Los resultados del proceso de la evaluación para la acreditación se clasificará de la siguiente manera:

**Acreditado:** puntaje final igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.

**No acreditado:** Puntaje final menor de 85% del cumplimiento de los estándares.

CALIFICACIONES		
NO APROBADO	< 50 %	Reiniciar desde Autoevaluación
	50 % - 69 %	Subsanar en 9 meses
	70 % - 84 %	Subsanar en 6 meses
APROBADO	85 % a más	Evaluación externa

### VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA AUTOEVALUACIÓN



A continuación, se detallan las actividades a desarrollar el Plan de Autoevaluación del Hospital Santa María de Cutervo.

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, 2023

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN, 2023.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FUENTE DE VERIFICACIÓN	CRONOGRAMA												2024 I TRIM	
			MESES DEL AÑO 2023													
			JULIO			AGOSTO			SETIEMBRE			OCTUBRE				
15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45	
Conformación, actualización y oficialización de Equipo de Evaluadores internos y Equipo de acreditación	Coordinador GCS-HSMC	Resolución Directoral	X													
Elaboración del Plan de Autoevaluación	Coordinador GCS-HSMC	Plan – Resolución Directoral		X												
Aprobación del Plan de autoevaluación	DISA, Cutervo o Dirección				X											
Socialización del Plan de Autoevaluación	Coordinador GCS-HSMC	Informes				X										
Capacitación de Evaluadores internos	Coordinador GCS-DIRESA	Informe				X										
Reunión con el equipo de Evaluadores internos	Coordinador GCS-HSMC	Informe					X									
Aviso a los jefes de áreas sobre inicio de evaluación	Coord. GCS-HSMC y Dirección	Comunicado						X								
Ejecución del proceso de Autoevaluación	Equipo evaluadores internos HSMC	Listado de Estándares											X	X	X	
Elaboración del Informe Final		Informe Final													X	X
Reunión evaluadores internos con jefes de áreas para acciones de mejora	Evaluadores internos y jefes de áreas HSMC	Informe													X	X
Seguimiento y monitoreo de las Acciones de mejora post Autoevaluación	Coordinador GCS-HSMC	Informe														X



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, 2023

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR CATEGORÍAS, EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS Y RESPONSABLES EVALUADOS.**

Categoría	Macroprocesos	Equipo evaluadores internos	Fechas de Evaluación				Responsables evaluados
			3 S	4 S	1 S	2 S	
Categoría Gerencial	Direccionamiento	- Lic. Zulvy Dávila Pérez - T.M. Cristhy Carranza					Jefe de Planeamiento estratégico
	Gestión de recursos humanos	Quisque					Jefe de recursos humanos
	Gestión de la calidad	- O.F. Liliana Huambal Guevara					Jefe de GC5
	Manejo del Riesgo de la atención						Jefe de epidemiología y salud ambiental Jefe de medicina interna Jefe servicio enfermería Jefe de emergencia
	Gestión de seguridad ante desastres						
Categoría Prestación	Control de la gestión y prestación						Jefe de especialidades médicas
	Atención ambulatoria	- Lic. Eli Mago Mandragón - C.P.C. Melissa Arévalo					Jefe de consultorios externos Jefe de hospitalización
	Atención de hospitalización	Vásquez					
	Atención de emergencia	- Lic. Kiara Astoritas Guevara					Jefe de emergencia Jefe de cirugía y anestesiología
	Atención quirúrgica						
Categoría Apoyo	Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	- Lic. Adelaida Paz Montenegro					Jefe de patología clínica y anatomía patológica Jefe de diagnóstico por imágenes
	Admisión y alta	- Lic. Rosalyn Valera					Jefe de archivos
	Referencia y contrarreferencia	Centurión					Jefe de referencia y contrarreferencia
	Gestión de medicamentos	- Lic. Ilmer Albamirano Medina					Jefe de farmacia
	Gestión de la información						Jefe de estadística e informática
Categoría Apoyo	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (OLDE)						Jefe de epidemiología Jefe salud ambiental Jefe de central de esterilización
	Manejo del riesgo social						Jefe de servicio social
	Nutrición y dietética						Jefe de nutrición
	Gestión de insumos y materiales						Jefe de logística
	Gestión de equipos e infraestructura						Jefe de servicios generales y mantenimiento



**ANEXO N° 02  
HOJA DE RECOMENDACIONES**

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD** : HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO  
**MACROPROCESO** : .....  
**EVALUADOR (ES)** : .....  
**FECHA DE EVALUACIÓN** : .....  
**SERVICIOS EVALUADOS** : .....  
**PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN** : .....  
**CÓDIGO DEL ESTÁNDAR** : .....

CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES



IX. ANEXOS

ANEXO N° 01

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD : HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO  
 MACROPROCESO : .....  
 EVALUADOR (ES) : .....  
 FECHA DE EVALUACIÓN : .....  
 SERVICIOS EVALUADOS : .....  
 PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN : .....  
 CÓDIGO DEL ESTÁNDAR : .....

CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLES	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE - COMENTARIOS



