

23 MAR 2021

SECRETARÍA
Hora: 8:34 Firma:

Ministerio de Salud
Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

REPÚBLICA DEL PERÚ



N° 059-2021/D/HNOM

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" - IGSS
EQUIPO DE TRABAJO DE INFORMÁTICA
23 MAR. 2021
RECEPCION
FIRMA:

23 MAR 2021

Resolución Directoral

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

Lima, 22 de Marzo de 2021

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 06185 -2021, que contiene el Memorandum N° 172-2021-DA-HNDM, de la Dirección Adjunta de la Dirección General, a través del cual remite el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación – 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual 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 Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "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, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en los Establecimientos de Salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

Que, con la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna los principios, políticas, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, el numeral 6.3 de la norma citada en el párrafo precedente, dispone que la Autoevaluación es la "fase inicial obligatoria de la evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados (...)", asimismo el literal c) del numeral en mención contempla que "(...) **Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso.** Ante de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad", la negrita y el subrayado es nuestro;

Que, mediante Oficio N° 060-2021-OGC-HNDM, de fecha 05 de marzo de 2021, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General su Informe Técnico Sustentatorio (Informe N° 020-2021-OGC-HNDM, de fecha 03 de marzo de 2021), a través del cual concluye lo siguiente: el Proceso de Autoevaluación, es un compromiso de mejora a cumplir en el año 2021 para percibir la entrega económica anual; el Plan es elaborado por los evaluadores internos, en el Plan se consigna simultáneamente a los responsables de Servicio/Área/Departamento que interactuarán con los evaluadores; el evaluador líder elegido es la M.C. Teresa Catherine ÑAUPARI RUIZ, asimismo señala que tanto el Plan de Autoevaluación 2021 como evaluador líder requieren ser oficializados;

Que, el numeral VIII, de la página 7, del proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación – 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", señala que el presupuesto institucional que involucrará su ejecución se encuentra contemplado en Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2021, aprobado mediante Resolución Directoral N° 025-2021/D/HNDM, de fecha 10 de febrero de 2021;

Que, mediante Informe N° 172-2021-DA-HNDM, de fecha 15 de marzo de 2021, el Director Adjunto de la Dirección General, remite el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación – 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y solicita su aprobación a través del presente acto resolutivo;

Estando a lo propuesto por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Viceministerial N° 002-2021-SA/DMV-PAS, de fecha 15 de enero de 2021, que renueva a partir del 1 de enero de 2021, entre otros, el encargo puesto como Directora General del Hospital Nacional "Dos de Mayo", al médico cirujano Rosario del Milagro Kiyohara Okamoto;



Resolución Directoral

Lima, 22 de Marzo de 2021

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN - 2021, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; el que en once (11) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Se reconoce a la M.C. Teresa Catherine ÑAUPARI RUIZ como líder del Equipo de evaluadores internos del Hospital Nacional Dos de Mayo, elegida por consenso.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, como unidad orgánica competente, realizar la difusión, implementación, monitoreo, supervisión y ejecución del presente plan, aprobado por la presente resolución.

Artículo 4°.- La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución direccional en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dra. ROSARIO DEL VALLE KUYOHARA OKAMOTO
Directora General (e)

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Dr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

RDMKO/ELVF/DLPA.

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - Org. Control Institucional.
 - Ofic. Gestión de la Calidad.
 - Ofic. Asesoría Jurídica.
 - Ofic. Estadística e Informática.
 - Interesada
 - Archivo.

Documento Técnico
PLAN DE AUTOEVALUACION 2021
Hospital Nacional “Dos de Mayo”

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.	02
II. Justificación.	03
III. Objetivo.	04
IV. Alcance.	04
V. Base legal.	04
VI. Contenido	05
VII. Responsabilidades	07
VIII. Presupuesto	07
IX. Anexos	
Anexo N°01:	
Cronograma de actividades para la autoevaluación 2021-A	09
Cronograma de actividades para la autoevaluación 2021-B	10
Anexo N°02: Plan de trabajo	11

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”
El presente documento es
“COPIA FIEL DEL ORIGINAL”
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Se. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE AUTOEVALUACION 2021**

23 MAR 2021

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

I. INTRODUCCION:

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

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como un proceso de evaluación externa, periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.

La Acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.

La Autoevaluación es la primera fase del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud-PAES, que consiste en la evaluación periódica, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud. Hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para su nivel de atención.

La Evaluación Externa es la 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 tanto a la constancia para la acreditación como a la Resolución Ministerial de la condición de Acreditado.

El proceso de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se está realizando periódicamente desde el año 2013, obteniendo un puntaje final del 36%, en el año 2014 se obtuvo un 53%, en el año 2015 se obtuvo un 67%, en el 2016 el puntaje descendió el 66%, en el 2017 se obtuvo 67% , en el 2018 el puntaje ascendió al 71%, en el año 2019 descendió al 67% y en el año 2020 se mantuvo en 67%; lo cual evidencia que aun debemos mejorar y busca brindar a los usuarios y al Sistema de salud en general, los recursos, las capacidades y cumplimiento de los procesos para alcanzar los estándares óptimos de la calidad de atención de la 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 en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud y sirve como instrumento para las evaluaciones. Los estándares miden el nivel de desempeño que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

El presente documento constituye el Plan de Evaluación Interna como primer paso del proceso de acreditación que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de Evaluadores Internos que se encargará de ejecutar este primer paso a fin de obtener el objetivo principal, de lograr acreditación oficial del HNDM.

II. JUSTIFICACION:

La acreditación es un proceso de evaluación periódica, que compara el desempeño del prestador de salud con una serie de estándares orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención. Este proceso se inicia con la Autoevaluación a cargo del equipo de evaluadores internos, esta fase se debe realizar mínimo una vez al año, hasta alcanzar el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa y así lograr la acreditación.

La Autoevaluación del PAES es el cumplimiento obligatorio en el año, tiene el objetivo de establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Incrementar el puntaje de los Estándares de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.

Realizar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento III-1.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a mi cargo

23 MAR 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

IV. ALCANCE:

El presente Plan es de alcance y cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo".

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 - "Ley General de Salud" y sus modificatorias
- Decreto Legislativo. N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones 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° 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".
- 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° 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° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", modificada por la Resolución Ministerial N° 228-2013/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, aprueba las "Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 400-2010/D/HNDM, que aprueba el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N° 025-2021/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2021.
- Resolución Directoral N° 024-2021/D/HNDM, rectificar el error material, incurrido en la parte resolutive de la Resolución Directoral N° 015-2021/D/HNDM, que aprueba el Equipo de Evaluadores Internos 2021 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

St. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



VI. CONTENIDO:

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del HNNDM utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **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.
5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos del Nivel III-1, como es el caso del HNNDM son aplicables 21. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

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

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el HNNDM:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Dr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



Nº	Macroproceso	Estándares	Criterios
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de Calidad	4	22
4	Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Atención Ambulatoria	4	14
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencias	3	14
11	Atenciones Quirúrgicas	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	2	10
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Nutrición y Dietética	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		70	342

PLAN DE TRABAJO

OE1: Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.

- a) Conformación del Equipo de Acreditación.
- b) Conformación de Evaluadores Internos.
- c) Capacitación a los Evaluadores Internos.
- d) Elaboración del Plan y Designación de Líder.
- e) Designación de Responsables por Macroproceso.
- f) Aprobación del Plan de Autoevaluación.
- g) Difusión del proceso de autoevaluación.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

OE2: Realizar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento III-1.

- a) Difusión del Plan de Autoevaluación.
- b) Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macroprocesos.

- c) Comunicación del Inicio de la Autoevaluación.
- d) Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación.

OE3: Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basada en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

- a) Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados.
- b) Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación.

VII. RESPONSABILIDADES:

El Equipo de Gestión, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Plan.

VIII. PRESUPUESTO:

OE1: Las actividades para la Organización y Planificación para la Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de ellas tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP.

OE2: Las actividades para la realización de la Autoevaluación implican para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad.

OE3: Las actividades para analizar los resultados de la Autoevaluación implican para generar productos básicamente documentarios en la Oficina de Gestión de la Calidad.

Presupuesto calculado para las actividades no presupuestadas en otras UPS y UPSS es de S/.0.00 soles.

El presupuesto del presente plan se encuentra contemplado el Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud.

IX. ANEXOS:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



ANEXO N° 01

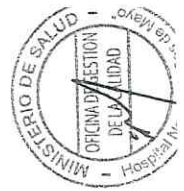
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2021 – A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2021														
		ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.			
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	MC Teresa Naupari Ruiz															
Designación de responsables por cada Macroproceso																
Presentación del Plan a la Dirección																
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación																
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal																
Macroprocesos																
Direccionamiento	Dra. Ada Gómez Mendoza															
Gestión de Recursos Humanos																
Gestión de la Calidad																
Manejo del Riesgo de la Atención																
Gestión de Seguridad ante Desastres																
Control de la Gestión y Prestación	MC Teresa Naupari Ruiz															
Atención Ambulatoria																
Atención de Hospitalización																
Atención de Emergencia																
Atención Quirúrgica																
Docencia e Investigación																
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Deysi Rojas Quispe															
Admisión y Alta																
Referencia y Contrareferencia																
Gestión de Medicamentos																
Gestión de la Información																

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAY 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2021

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2021												
		ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV	DIC	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Dra. Ada Gómez Mendoza													
Manejo del Riesgo Social														
Nutrición y Dietética														
Gestión de Insumos y Materiales														
Gestión de Equipos e Infraestructura	MC. Teresa Naupari Ruiz													
Procesamiento de datos														
Análisis de resultados														
Elaboración del informe preliminar														
Presentación del informe preliminar														
Revisión y corrección del informe														
Entrega del informe técnico														

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
 El presente documento es
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
 Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Sr. Hugo Armaño VALVERDE RIVERA
 FEDATARIO



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2021 – B

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS				OCT.		NOV.		RESPONSABLES EVALUADOS
		3	4	1	2					
Dra. Ada Gómez Mendoza	Direccionamiento	MC. Teresa Naupari Ruiz							Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
	Gestión de Recursos Humanos	Lic. Nelly Salas Mello							Jefe de la Oficina de Personal	
	Gestión de la Calidad	Dra. Ada Gomez Mendoza							Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	
	Manejo del Riesgo de la Atención	Dra. María Bayona Salcedo Dr. Edwin Wilder Damian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe Lic. Miriam Silvia Rojas Castillo							Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Medicina Interna Jefe del Departamento de Enfermería	
MC Teresa Naupari Ruiz	Gestión de Seguridad ante Desastres	Dra. María Bayona Salcedo Ing. Eduardo Yactayo Infante							Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock	
	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Ada Gomez Mendoza							Jefe del Departamento de Especialidades Medicas	
	Atención Ambulatoria	Dr. Evert José Reyes Armas							Jefe de Departamento de Consulta Externa	
	Atención de Hospitalización	Dra. María Bayona Salcedo Dr. Edwin Wilder Damian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe							Jefe del Departamento de Pediatría	
Lic. Deysi Rojas Quispe	Atención de Emergencia	Lic. Miriam Silvia Rojas Castillo Dr. Edwin Wilder Damian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe							Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock	
	Atención Quirúrgica	Mc. Teresa Naupari Ruiz							Jefe del Departamento de Cirugía	
	Docencia e Investigación	Mc. Teresa Naupari Ruiz							Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	
	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Ing. Eduardo Yactayo Infante							Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	
Lic. Deysi Rojas Quispe	Admisión y Alta	Bach. Martín Ruiz Laurel							Jefe de Oficina de Estadística e Informática	
	Referencia y Contrarreferencia	Lic. Jovita Silva Robledo							Jefe del Módulo de Referencias y Contrarreferencias	
	Gestión de Medicamentos	Mc. Teresa Naupari Ruiz							Jefe del Departamento de Farmacia	
	Gestión de la Información	Bach. Martín Ruiz Laurel							Jefe de Oficina de Estadística e Informática	
MC Teresa Naupari Ruiz	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Nelly Salas Mello							Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Enfermería	
	Manejo del Riesgo Social	Lic. Nelly Salas Mello							Jefe del Departamento de Servicio Social	
	Nutrición y Dietética	Bach. Martín Ruiz Laurel							Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética	
	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nelly Salas Mello							Jefe de la Oficina de Logística	
MC Teresa Naupari Ruiz	Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Nelly Salas Mello							Jefe de Servicios Generales y Mantenimiento	

EVALUADOR LIDER: MC. TERESA NAUPARI RUIZ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "COS DE MIRA"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

23 MAR 2021

Sr. Hugo Armando VAIA VERDE RIVERA



23 MAR 2021

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

ANEXO N°02:

PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2021												PRESUPUESTO	RESPONSABLE			
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC					
Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1		1												0	Dirección General		
	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1		1												0	Dirección General		
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20			20											0	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación		
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1		1												0	Evaluadores Internos		
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1		1												0	Oficina de Gestión de la Calidad		
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	1		1												0	Oficina de Gestión de la Calidad		
Realizar la Autoevaluación	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1													1	0	Oficina de Gestión de la Calidad		
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1			1											0	Dirección General		
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	1			1											0	Oficina de Gestión de la Calidad		
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio	1													1	0	Oficina de Gestión de la Calidad		
Analizar resultados	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21														13	8	0	Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA	1															1	0	Líder de evaluadores internos
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	1																1	0

Las actividades de Autoevaluación implica participación Institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS

