



RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán, 04 AGO 2023

VISTO:

El expediente N° 011592-2023, que contiene la Nota Informativa N° 97-2023-UPE/HH, emitida por la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico; Nota Informativa N° 327-2023-ETGC-D-HH, emitida por la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad; y,

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en méritos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, NTS que fue modificada solo en cuanto al literal a, del numeral 1, del acápite VI Disposiciones Específicas por Resolución Ministerial N° 537-2008/MINSA;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprobó la "Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la 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, la guía precitada en el literal b) del numeral 6.1 señala los establecimientos de salud en el proceso de acreditación deben contar con un equipo de evaluadores internos quienes realizaran una evaluación interna en base al listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud de su categoría;

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



Que, mediante Nota Informativa N° 327-2023-ETGC-D-HH, la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, solicita a la Unidad de Planeamiento Estratégico, emita opinión respecto al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023" del Hospital de Huaycán;

Que, mediante Nota Informativa N° 97-2023-UPE/HH, la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023" del Hospital de Huaycán, el mismo que tiene por objetivo general, mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad; solicitando además su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad de Planeamiento Estratégico;

Que, el art. 11° del Reglamento de Organización del Hospital de Huaycán aprobado por Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre la cuales se encuentran la de expedir actos resolutiveos en asuntos que sean de su competencia;

Contando con la visación de la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico y el Equipo de Trabajo de Asesoría Legal;

De conformidad con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Huaycán y Resolución Ministerial N° 69-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023" del Hospital de Huaycán, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER la implementación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023", por parte de la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, a partir de la notificación de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que la Unidad de Planeamiento Estratégico realice el monitoreo, supervisión y evaluación del plan descrito en el artículo dos; así mismo, debe de informar a la Dirección del Hospital sobre los resultados.

ARTÍCULO CUARTO.- DISPONER que el personal de las Unidades, Servicios y Equipos de Trabajos contribuyan en la operatividad del presente plan.

ARTÍCULO QUINTO.- ENCARGAR al Equipo de Trabajo de Comunicaciones e Imagen Institucional la publicación de la presente Resolución Directoral en el Portal Institucional del Hospital de Huaycán.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN
GELBERTH JOHN REVILLA STAMP
CMP N° 25139 BNE N° 25357
DIRECTOR

GJRS/msb -
DISTRIBUCION
() Dirección
() U. Administración
() U. Planeamiento Estratégico
() E.T. Asesoría Legal
() E.T. Gestión de la Calidad
() A. Comunicaciones
() Archivo



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2023



HOSPITAL DE HUAYCÁN

EQUIPO DE TRABAJO DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD



I. DATOS GENERALES

1.1 ENTIDAD	: MINISTERIO DE SALUD
1.2 DEPENDENCIA	: HOSPITAL DE HUAYCAN
1.3 LUGAR	: Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona "B"
1.4 CENTRO DE COSTO	: Dirección
1.5 EQUIPO DE TRABAJO	: Gestión de la Calidad
1.6 CATEGORIA PRESUPUESTAL	: 9001. ACCIONES CENTRALES
1.7 PRODUCTO PRESUPUESTAL	: 3999999. SIN PRODUCTO
1.8 ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	: 5000003 GESTION ADMINISTRATIVA
1.9 SUB FINALIDAD/TAREA PRE	: 0007981. ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
1.10 TIEMPO DE DURACIÓN	: Julio a Noviembre 2023
1.11 JEFE DE UNIDAD ORGÁNICA	: DR. Gelberth John Revilla Stamp
1.12 COORDINADOR DE E. T.	: Lic. Irma Condor Campos
1.13 RESPONSABLES	: Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad. Dr. José Enrique Villarreal Palomino (Evaluador Líder).





II. INTRODUCCIÓN

La, acreditación, definitiva como un "Proceso de evaluación externa, periódico, 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 o servicio médico de apoyo".

Para iniciar el proceso de acreditación, las instituciones hospitalarias deben realizar en primer lugar la autoevaluación, pues es la fase inicial de la evaluación del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos. Este proceso de la autoevaluación, es el reconocimiento de la institución hospitalaria sobre el cumplimiento de los estándares, en base a la Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

El elemento fundamental de mejoramiento de la calidad contenido en la acreditación, es el proceso de reflexión interna de la institución centrado en los resultados de la atención a los usuarios.

Es importante señalar que los estándares del proceso de acreditación se orientan a la mejora los procesos y al resultado de la atención directa al usuario y evalúan a la institución en forma integral. En este caso se tiene que evaluar los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo. Cada macroproceso cuenta con estándares y cada estándar tiene criterios preestablecidos.

En este contexto, el Hospital de Huaycán, a través del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, llevara a cabo la realización de la autoevaluación institucional como parte inherente a las exigencias que demanda y exige el proceso de acreditación de establecimientos de salud.





III. BASES LEGALES

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Unidades de gestión de la calidad de Hospitales
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 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 Directoral N° 00138-2005-DISA IV LE, DG-DESP-OAJ del 16 de marzo 2005, otorga la categoría II-1, "Hospital de Baja Complejidad Huaycán.
- Resolución Directoral N° 030 -2018-D-HH-MINSA que aprueba la "Directiva Administrativa N° 002-HH-MINSAJAPUPE V,0I" denominado "Lineamientos Para la Elaboración de los Planes de Trabajo en el Hospital de Huaycán
- Resolución Directoral N° 137-2023-D-HH-MINSA que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2023"

IV. MARCO TEORICO

4.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

4.1.1 Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, 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 o servicio médico de apoyo. La condición de



PLAN DE ALFOMBRADO DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2023



Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

4.1.2 Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

4.1.3 Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

4.1.4 Autoevaluación: 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 Avanzando hacia la acreditación NORMA TÉCNICA DE SALUD N° 050 - MINSA / DGSP - V.02 16, 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.

4.1.5 Constancia para la acreditación: Documento emitido por 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.

4.1.6 Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

4.1.7 Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

4.1.8 Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

4.1.9 Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.





4.1.10 Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.

4.1.11 Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

4.1.12 Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

4.1.13 Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.

4.1.14 Evaluación externa: Fase final de 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 o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

4.1.15 Eventos adversos en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

4.1.16 Guía del evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

4.1.17 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 Avanzando hacia la ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO 17, proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

4.1.18 Informe técnico de la evaluación externa: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso





ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir la opinión de calificación para la acreditación.

4.1.19 Informe técnico de seguimiento de la acreditación:

Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe técnico de la evaluación externa.

4.1.20 Macroproceso: Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa a varios procesos.

4.1.21 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.

4.1.22 Servicios médicos de apoyo: Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.



**V. DIAGNOSTICO SITUACIONAL**• **Año 2022:**

Para el año 2022 obtuvimos el puntaje de 63% siendo el resultado final no Aprobado ya que para su aprobación en la Autoevaluación deberíamos tener un puntaje mayor de 80%.

Establecimiento : 00005083-HOSPITAL DE HUAYCAN
 Tipo de Establecimiento : II-1
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2022
 Período : 4

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	MACROPROCESO		
		E	P	R	T				Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoria	Cumplimiento x categoria
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52.48	43.22	82.35	202.06	124.26	61.50
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39.36	13.89	35.29			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45.92	30.80	67.07			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	45.92	26.24	57.14			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.12	7.50	57.14			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32.80	19.55	59.62	230.91	151.73	65.71
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	45.92	34.44	75.00			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45.92	16.99	37.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45.92	32.63	71.05			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45.92	36.64	79.79			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	16.40	6.34	38.64			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16.40	9.61	58.57			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	16.40	10.66	65.00			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16.40	12.93	78.85	144.32	88.09	61.04
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16.40	9.27	56.52			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16.40	13.57	82.76			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16.40	7.45	45.45			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16.40	14.47	88.24			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16.40	13.88	84.62			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16.40	1.93	11.78			
Total	328	128	159	41	328	577.28	362.00				
									Puntaje Final (%)	63	



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2023



• Año 2021:

Para el año 2021 obtuvimos el puntaje de 73% siendo el resultado final no Aprobado ya que para su aprobación en la Autoevaluación deberíamos tener un puntaje mayor de 80%.

Establecimiento: 00005883-HOSPITAL DE HUAYCAN
 Tipo de Establecimiento: II-1
 Fase: AutoEvaluación.

Año: 2021
 Período: 4

TIPO DE CRITERIO	MACRO PROCESO	CATEGORIAS
------------------	---------------	------------

Macro procesos	Criterios eval.	Nro total criterios				PMT=Punt.max x Tipo			Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	
		E	P	R	T	E	Total	Total				%
Dirreccionamiento	11	6	4	1	11	1	62.48	38.59	73.53	202.05	133.08	65.85
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	1	39.36	23.15	58.82			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	2	45.92	36.96	80.48			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	2	45.92	30.28	65.93			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	2	13.12	9.61	73.21			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	1	32.80	12.62	38.46			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	1	45.92	34.44	75.00	230.91	166.79	80.89
Atención extramural	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	1	45.92	34.44	75.00			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	2	45.92	38.67	84.21			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	1	45.92	41.03	89.38			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	2	16.40	11.93	72.73	144.32	103.22	71.52
Admisión y alta	16	3	7	6	16	6	16.40	8.20	50.00			
Referencia y contra referencia	13	9	1	3	13	1	16.40	13.53	82.80			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	8	16.40	16.06	98.08			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	1	16.40	12.83	78.28			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	1	16.40	7.22	48.28			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	4	16.40	11.18	68.18			
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	8	16.40	15.44	94.12			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	8	16.40	11.98	73.08			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	1	16.40	8.20	50.00			
Total	328	128	159	4	328	2	577.28	417.08		577.28	423.07	
									Puntaje Final (%)	73		





- Año 2020:**

Para el año 2020 obtuvimos el puntaje de 50% siendo el resultado final no Aprobado ya que para su aprobación en la Autoevaluación deberíamos tener un puntaje mayor de 80%.

Establecimiento : HUAYCAN-000005883											
Tipo de Establecim I-2											
Fase: AutoEvaluación											
Año: 2020											
Periodo : 1											
MACROPROCESO											
CATEGORIAS											
Macroprocesos	Criterios Evaluación	Nro total criterios				Puntaje Máximo por	Puntaje Obtenido x	Cumplimiento x Macro	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	18.48	18.48	100	72.53	30.39	41.9
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	18.48	0	0			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.99	64.86			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	15.15	82			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	18.48	0	0			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	18.48	0.84	4.55			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	13.35	72.22	82.9	44.74	53.97
Atención extramural	13	9	4	0	13	11.88	0	0			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0	0	0			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	6.6	6.6	100			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0	0	0			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0	0	0			
Apoyo diagnóstico y tratamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	51.61	28.27	54.56
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.6	2.75	41.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.6	3.49	52.94			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.6	3	45.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.6	3	45.45			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	13.2	13.2	100			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.6	0	0			
Manejo de nutrición de pacientes	0	0	0	0	0	0	0	0			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.6	5.87	88.99			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.6	1.1	16.67			
Total	132	63	54	15	132	207.24	98.82		207.24	103.4	
*APLICATIVO FESS ACREDITACION									Puntaje Final (%)	50	





VI. FUNDAMENTACION O JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud ha dispuesto, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, la realización del proceso de acreditación como una exigencia para todos los establecimientos de salud a nivel nacional. Dicho proceso se ejecutará en el marco de la Resolución Ministerial N° 456 – 2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 50 – MINSA-DGSO: "Norma Técnica de Salud de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Esta norma técnica señala dos frases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa.

La Autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

La Autoevaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los procesos de los servicios de salud, de esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud. La evaluación interna también denominada autoevaluación, brinda a la Dirección del Hospital un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afectan a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, para luego desplegar acciones de mejora a ejecutar durante el presente año.





VII. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

7.1 Objetivo General.

- Mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicado tanto a los recursos humanos como tecnológicos, y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad.

7.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer competencias de los equipos de evaluadores internos para la autoevaluación del año 2023.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación con la participación de la Dirección y su equipo de gestión del Hospital de Huaycán para el año 2023.

VIII. POBLACIÓN OBJETIVO

8.1 AMBITO DE APLICACIÓN

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria para todas las unidades, servicios y equipos de trabajo que conforman el Hospital de Huaycán.

8.2 DURACIÓN

El presente trabajo se realizará durante el mes de Julio a Noviembre del 2023.

IX. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

9.1 RECURSOS HUMANOS

- Equipo de Evaluadores internos 2023 del Hospital de Huaycán
- Equipo de Acreditación para la Autoevaluación 2023 del Hospital de Huaycán



**10.7 Ejecución de la Evaluación Interna 2023 del Hospital de Huaycán:**

Mes	Macroprocesos	Clasificador de Gasto	Descripción del Clasificador	N° PERSONAS	N° DIA ACTIVIDAD	COSTO X DIA ACTIVIDAD	TOTAL
Octubre	DIRECCIONAMIENTO	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	GESTION DE MEDICAMENTOS	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION - MRA	2.3.2.1.299	Movilidad Local	4	1	S/ 50.00	S/ 200.00
Octubre	ATENCION DE HOSPITALIZACION	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	ATENCION QUIRURGICA - ATQ	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	GESTION DE LA CALIDAD	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES - GSD	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	ATENCION AMBULATORIA - ATA	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION, ESTERILIZACION.	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	ADMISION Y ALTA - ADA	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION - CGP	2.3.2.1.299	Movilidad Local	2	1	S/ 50.00	S/ 100.00
Octubre	ATENCION DE EMERGENCIA - EMG	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	MANEJO DE RIESGO SOCIAL - MRS	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	GESTION DE LA INFORMACION	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES - GIM	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA - RCR	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	NUTRICION Y DIETETICA	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA - EIF	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
Octubre	ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	2.3.2.1.299	Movilidad Local	1	1	S/ 50.00	S/ 50.00
TOTAL							S/ 1,600.00



**9.2 RECURSOS FINANCIEROS****a) BIENES EN ALMACEN**

Nº	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total
1	PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	2.3.15.1.2	PAQUETE X 500	S/ 14.00	10	S/ 140.00
2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	2.3.15.1.2	UNIDAD	S/ 1.00	20	S/ 20.00
3	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	2.3.15.1.2	UNIDAD	S/ 1.00	20	S/ 20.00
4	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	2.3.15.1.2	EMP X 25	S/ 4.35	20	S/ 87.00
5	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO OFICIO	2.3.15.1.2	UNIDAD	S/ 6.00	2	S/ 12.00
Monto Total de Bienes en Almacén						S/ 279.00

b) BIENES Y SERVICIOS POR ADQUIRIR

Nº	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total	Especificaciones del producto
1	NECTAR DE FRUTAS X 300 ML APROX.	2.3.11.1.1	Unidad	S/ 2.50	50	S/ 125.00	Botella descartable y sabor a durazno
2	ROSQUITA DE MANTECA CON AJONJOLI 85 g APROX.	2.3.11.1.1	Unidad	S/ 3.00	50	S/ 150.00	Pack de rosquitas de manteca con ajonjolí de 85g Aprox.
3	CAMISETA DE ALGODÓN MANGA CORTA	2.3.12.1.1	Unidad	S/ 36.00	50	S/ 1,800.00	Polo camisero manga corta con pechera de 3 botones ubicados, abertura del pecho incluyendo sujeción del cuello manga corta. Tela pique de 65% poliester y 35% algodón
4	ALQUILER DE EQUIPO MULTIFUNCIONAL COPIADORA IMPRESORA SCANNER	2.3.25.1.4	Unidad	S/ 800.00	1	S/ 800.00	De Julio a Noviembre del 2023
Monto total						S/ 2,875.00	

*El refrigerio se brindará a cada integrante como desayuno, el día de la autoevaluación que se llevará acabo de 8am a 12pm.

*El agua mineral y los polos se entregará a cada integrante junto con un kit para que realicen la autoevaluación en el área que le corresponda.



**C) CONSOLIDADO DE MONTO**

N°	ESPECÍFICAS	MONTO
1	RECURSOS HUMANOS	S/ 1,600.00
2	RECURSOS EN ALMACEN	S/ 279.00
3	PRODUCTOS DE ADQUISICIÓN POR LOGISTICA	S/ 2,875.00
MONTO TOTAL		S/ 4,754.00





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - B

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	RESPONSABLE	OCTUBRE							Evaluados				
			16	17	18	19	20	23	24		25	26	27	
Lic. Enf. Trinidad Lourdes Santillana Corilla	DIRECCIONAMIENTO	Lic. Enf. Trinidad Lourdes Santillana Corilla	M										Lic. Armando Johnny Melgarejo Cueva	UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	Lic. Enf. Judith Rodio Aquino Lavado	M										Dra. Ana Sánchez Alva	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
Lic. Enf. Zuly Carmen Rojas Martinez	GESTION DE MEDICAMENTOS	Lic. Enf. Zuly Carmen Rojas Martinez		M									Dr. Marco Antonio Llanos Saldaña	SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
		Dr. Carlos Antonio Sarmiento Amao		M									Lic. Irma Condor Campos	E.T. DE GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Obst. Norma Celinda Chagua Pariona	MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION - MRA	Lic. Obst. Norma Celinda Chagua Pariona		M									Lic. Jessica Cardenas Guillermo	E.T. DE PERSONAL
		Tec. Adm. Steven Brayhan Villar Lamocca		M									OF. Doris Elizabeth Bustamante Gamonal	E.T. DE FARMACIA
		Dr. Maycol Luis baldeon Cruzado		M									M.C. Danny Gianina Espinoza Huete	E.T. DE BANCO DE SANGRE
		Dra. Judith Solis Bustamante		M									M.C. Danny Gianina Espinoza Huete	E.T. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
				M									Lic Elizabeth Marlene Brun Tadeo	E.T. DE NUTRICION
Dr. Jose Enrique Villarreal Palomino	ATENCION DE HOSPITALIZACION	Dra. Judith Solis Bustamante		M									Dr. Manuel Gonzalo Neyra Soltelo	SERVICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIOLOGIA
		Dr. Jose Enrique Villarreal Palomino		M									Lic. Maria Elena Baldeon Estares	SERVICIO DE ENFERMERIA
		Tec. Adm. Jasmira Josefa Cruces Llerena		M									Dr. Jorge Luis Obando Oviedo	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
Dr. Jose Enrique Villarreal Palomino	ATENCION DE HOSPITALIZACION	Dr. Jose Enrique Villarreal Palomino			M								Dr. Jorge Luis Obando Oviedo	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION
					M								Dr. Marco Antonio Llanos Saldaña	SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
					M								Dra. Ana Sánchez Alva	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL



RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	RESPONSABLE	OCTUBRE												Evaluados		
			16	17	18	19	20	23	24	25	26	27					
Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva	ATENCION QUIRURGICA - ATQ	Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva			M											Dr. Manuel Gonzalo Neyra Solte lo	SERVICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIOLOGIA
	GESTION DE LA CALIDAD	Lic. Enf. María Elena Baldeón Estares Lic. Tanet Elvira Marañón guardia				M	M									Lic. Irma Condor Campos	E.T. DE GESTION DE LA CALIDAD
Lic. Enf. Irma Condor Campos	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES - GSD	Lic. Enf. Irma Condor Campos Lic. Amelia Mirtha Añas Rosales				M	M	M	M							Lic. Celia Luz Espinoza Chamorro	E.T. DE GESTION DE RIESGO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
Lic. Enf. Doris Norma Pagán Meza	ATENCION AMBULATORIA ATA	Lic. Enf. Doris Norma Pagán Meza Lic. Enf. Clever Aparacio Nina						M								Lic. Jhonny Willder García Javier Lic. Irma Condor Campos	E.T. DE COMUNICACIONES E IMAGEN INSTITUCIONAL E.T. DE GESTION DE LA CALIDAD
							M										Dr. Jorge Luis Obando Oviedo
Q. F. Doris Eliza beth Bustamante Gamonal	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION, ESTERILIZACION.	Q. F. Doris Eliza beth Bustamante Gamonal Lic. Obst. Gloria Zoraida Valladolid Rivas						M								Lic. María Elena Baldeón Estares Dr. Marco Antonio Llanos Saldaña	SERVICIO DE ENFERMERIA SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
							M										Dr. Jorge Luis Obando Oviedo
Lic. Marilu Crispina Alcedo vasquez	ADMISION Y ALTA - ADA	Lic. Marilu Crispina Alcedo vasquez Lic. Enf. Lourdes Gabriela Carmen Coras Quispe						M								Dr. Jorge Luis Obando Oviedo	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
									M								Dr. Jorge Luis Obando Oviedo





PERÚ
Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	RESPONSABLE	OCTUBRE							Evaluados					
			16	17	18	19	20	23	24		25	26	27		
Lic. Obst. Lusmila Ais Espinoza Cristobal	CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION - CGP	Lic. Obst. Lusmila Ais Espinoza Cristobal Lic. Enf. Nilda Paulino Quiñones				M								Lic. Irma Condor Campos M.C. Jorge Maximiliano Florian Arteaga Dr. Marco Antonio Llanos Saldaña Lic. Armando Johnny Melgarejo Cueva	E.T. DE GESTION DE LA CALIDAD SERVICIO DE EMERGENCIA SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
Lic. Enf. Flor Melissa Lazo Ordoñez	ATENCION DE EMERGENCIA - EMG MANEJO DE RIESGO SOCIAL - MRS	Lic. Enf. Flor Melissa Lazo Ordoñez Q. F. Cristina Paucar Qusi								M				M.C. Jorge Maximiliano Florian Arteaga Lic. Victoria Graciela Guevara Chumbimuni	SERVICIO DE EMERGENCIA E.T. DE SERVICIO SOCIAL
Lic. Elizabeth Marlene Brun Tadeo	GESTION DE LA INFORMACION GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES - GIM	Lic. Elizabeth Marlene Brun Tadeo Lic. Yuly Diaz Sinche									M			Lic. Jessica Cardenas Guillermo Tec. Adm. Dennis Mijalhai Núñez	E.T. DE PERSONAL UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA
Lic. Armando Johnny Melgarejo Cueva	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - RCR NUTRICION Y DIETETICA	Lic. Armando Johnny Melgarejo Cueva Tec. Adm. Anyelina Ruby Zapata Pare										M		Dra. Judith Solis Bustamante Lic. Elizabeth Marlene Brun Tadeo	E.T. DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA E.T. DE NUTRICION
Lic. Adm. Celia Adela Ramirez Estrella	GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA - EIF ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Lic. Adm. Celia Adela Ramirez Estrella Lic. Obst. Amparo Soledad Chiroque Rodriguez											M	Dr. Maycol Luis Baldeón Cruzado Lic. Armando Johnny Melgarejo Cueva M.C. Danny Gianina Espinoza Huete QF. Doris Elizabeth Bustamante Gamonal	E.T. DE SERVICIOS GENERALES UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO E.T. DE FARMACIA
														Dr. Jorge Luis Obando Oviedo Lic. Jessica Cardenas Guillermo	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION E.T. DE PERSONAL
														Dra. Ana Sánchez Alva	UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2023



XI. ANEXOS

1. EQUIPO DE ACREDITACION
2. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS
3. HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION
4. HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA EVALUACION EXTERNA
5. HOJA DE RECOMENDACIONES
6. MATRIZ DE SELECCIÓN





ANEXO N°1
EQUIPO DE ACREDITACION PARA LA AUTOEVALUACION
RD N° 23-2023-D-HH-MINSA

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	FUNCIÓN
1	DIRECTOR	Presidente
2	COORD. DEL E. T. GESTION DE LA CALIDAD	Secretario de Actas
3	JEFE DEL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA	Miembro
4	JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA	Miembro
5	JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA	Miembro
6	JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	Miembro
7	JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA Y ANESTESIOLOGIA	Miembro
8	JEFE DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION	Miembro
9	JEFE DEL SERVICIO DE APOYO AL TRATAMIENTO	Miembro
10	JEFE DEL SERVICIO DE APOYO AL DIAGNOSTICO	Miembro
11	JEFE DEL SERVICIO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	Miembro
12	JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA	Miembro





**ANEXO N°2:
COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS
RD N° 25-2023-D-HH-MINSA**

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CONDICIÓN	PROFESIÓN	FUNCIÓN
1	DR. JOSE ENRIQUE VILLARREAL PALOMINO	NOMBRADO	Medico	Evaluador Líder
2	JASMINA JOSEFA CRUCES LLERENA	NOMBRADO	Secretaria	Secretaria de Actas
3	DR. JUAN CARLOS YAFAC VILLANUEVA	NOMBRADO	Medico	Evaluador
4	LIC. IRMA CONDOR CAMPOS	NOMBRADO	Enfermera	Evaluador
5	ANYELINA RUBY ZAPATA PARE	CAS	Tec. Administrativo	Evaluador
6	LIC. ENF. MARIA ELENA BALDEÓN ESTARES	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
7	DR. CARLOS ANTONIO SARMIENTO AMAO	NOMBRADO	Medico	Evaluador
8	LIC. OBST. NORMA CELINDA CHAGUA PARIONA	NOMBRADA	Obstetra	Evaluador
9	Q. F. CRISTINA PAUCAR CUSI	CAS	Químico Farmacéutico	Evaluador
10	LIC. ENF. EDITH ROCIO JIMENEZ CARRERA	CAS	Enfermera	Evaluador
11	LIC. OBST. LUSMILA AIS ESPINOZA CRISTOBAL	NOMBRADA	Obstetra	Evaluador
12	Q. F DORIS ELIZABETH BUSTAMANTE GAMONAL	CAS	Químico Farmacéutico	Evaluador
13	LIC. ENF. FLOR MELISSA LAZO ORDOÑEZ	CAS	Enfermera	Evaluador
14	LIC. ADM. ARMANDO JOHNNY MELGAREJO CUEVA	CAS	Administrador	Evaluador
15	LIC. ENF. TRINIDAD LOURDES SANTILLANA CORILLA	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
16	LIC. ADM. CELIA ADELA RAMÍREZ ESTRELLA	NOMBRADA	Administrador	Evaluador
17	LIC. ELIZABETH MARLENE BRUN TADEO	CAS	Nutricionista	Evaluador
18	LIC. ENF. JUDITH ROCIO AQUINO LAVADO	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
19	LIC. ENF. ZULY CARMEN ROJAS MARTINEZ	CAS	Enfermera	Evaluador
20	LIC. ENF. CLEVER APARACIO NINA	CAS	Enfermera	Evaluador
21	LIC. ENF. LOURDES GABRIELA CARMEN CORAS QUISPE	CAS	Enfermera	Evaluador
22	LIC. ENF. DORIS NORMA PAGÁN MEZA	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
23	LIC. ENF. NILDA PAULINO QUIÑONES	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
24	LIC. AMELIA MIRTHA ARIAS ROSALES	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
25	LIC. JULY GABRIELA DÍAZ SINCHE	NOMBRADA	Enfermera	Evaluador
26	LIC. OBST. GLORIA ZORAIDA VALLADOLID RIVAS	NOMBRADA	Obstetra	Evaluador
27	LIC. OBST. AMPARO SOLEDAD CHIROQUE RODRÍGUEZ	NOMBRADA	Obstetra	Evaluador
28	STEVEN BRAYHAN VILLAR LLAMOCCA	CAS	Tec. Administrativo	Evaluador
29	LIC. ENF. MARILU CRISPINA ALCEDO VASQUEZ	CAS	Enfermera	Evaluador
30	DR. MAYCOL LUIS BALDEON CRUZADO	CAS	Medico	Evaluador
31	DRA. JUDITH SOLIS BUSTAMANTE	CAS	Medico	Evaluador
32	LIC. ADM. YANET ELVIRA MARAÑÓN GARCÍA	NOMBRADA	Administradora	Evaluador





ANEXO N°1:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL DE HUAYCAN

MACROPROCESO:.....

EVALUADOR (ES):.....

FECHA DE EVALUACIÓN:

SERVICIOS EVALUADOS:.....

PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:.....

CONDIGO DEL ESTANDAR:.....

CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE-COMENTARIOS





ANEXO N°2:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA EVALUACION EXTERNA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL DE HUAYCAN

MACROPROCESO:.....

EVALUADOR (ES):.....

FECHA DE EVALUACIÓN:

SERVICIOS EVALUADOS:.....

PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:.....

CONDIGO DEL ESTANDAR:.....

CODIGO DE CRITERIO DE EVALUACION	PUNTAJE AUTOEVALUACION	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE





ANEXO 3:

HOJA DE RECOMENDACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL DE HUAYCAN

EVALUADOR

LIDER:.....

FECHA:.....

SERVICIO EVALUADO:.....

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES





ANEXO N°4:

MATRIZ DE SELECCIÓN

Quando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignara una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntaje para cada problema.

PROBLEMAS DE INTERES	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL

*Aplicar según "Manual para la mejora continua de la Calidad "aprobado con R.M.N"6402006/MINS

