

HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS “JOSÉ CASIMIRO ULLOA”

**ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
RM: 456-2007/MINSA**

Equipo de Autoevaluadores Internos

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	Pag. 3
II.	FINALIDAD.....	Pag. 4
III.	OBJETIVOS.....	Pag. 4
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	Pag. 4
V.	BASE LEGAL.....	Pag. 4
VI.	CONTENIDO.....	Pag. 5
6.1.	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS).....	Pag. 5
6.2.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO.....	Pag. 7
6.2.1	Antecedentes.....	Pag. 7
6.2.2	Problema (magnitud y caracterización)	Pag. 7
6.2.3	Causa del problema.....	Pag. 7
6.2.4	Población o entidades objetivo.....	Pag. 8
6.2.5	Alternativas de solución	Pag. 8
6.3.	ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI.....	Pag. 09
	ARTICULACION OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES DEL POI.....	Pag. 09
6.4.	ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	Pag. 10
6.4.1	Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables.....	Pag. 10
6.4.2	Costeo de las Actividades por tarea.....	Pag. 10
6.4.3	Cronograma de actividades.....	Pag. 11
6.4.4	Responsables para el desarrollo de cada actividad.....	Pag. 12
6.5.	PRESUPUESTO.....	Pag.12
6.6	FINANCIAMIENTO.....	Pag.12.
6.7	ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	Pag. 12
6.7.1	Periodo de ejecución.....	Pag. 14
VII.	RESPONSABILIDADES.....	Pag. 14
VII.	ANEXOS.....	Pag. 15
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	Pag. 21



I. INTRODUCCION:

El proceso de acreditación constituye una herramienta muy eficaz para evaluar la gestión de los procesos, detectando errores, deficiencias y áreas de mejora tanto en el sistema de calidad utilizado como en los resultados obtenidos.

Las prioridades actuales de la Organización Mundial de la Salud requieren infraestructuras capaces de detectar, vigilar y responder a las emergencias sanitarias, como la COVID-19, y a los efectos del cambio climático sobre la salud en el contexto de la salud para todos.

Si se fortalecen los sistemas de salud reforzando sus competencias básicas y siguiendo las recomendaciones formuladas en materia de liderazgo, participación de los interesados, acreditación, recolección de datos y recursos de financiación la infraestructura de atención de la salud estará mejor preparada y será más equitativa.

Para garantizar la equidad en la salud en una pandemia se requiere una infraestructura de salud pública sólida y resiliente en épocas normales.

Es un sistema global que tiene en cuenta todos los aspectos importantes de las entidades de salud.

El modelo de evaluación de la Acreditación en Salud es muy completo, puesto que comienza desde que se produce el ingreso del usuario hasta que termina su estancia en la organización.

Favorece la consecución de mejores resultados en la satisfacción del cliente y otros indicadores de medición de la calidad.

Se transforma en un acicate y todo un aliciente para animar al conjunto de profesionales del ámbito sanitario a superarse cada día en el trato con el paciente.

Es el canal ideal para lograr la excelencia tanto en el trato a los pacientes como en los tratamientos terapéuticos llevados a cabo.

Incide en la idea de que todo es mejorable, convirtiendo en indispensable la mejora continua.

Sirve para mejorar los dos principales atributos de la sanidad, especialmente de carácter público: la accesibilidad y la disponibilidad.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan periódicamente.

El objetivo de la Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas

La Autoevaluación que es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos



previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

II. FINALIDAD:

Mejorar la calidad de nuestros servicios de salud, disponiendo de un sistema permanente de evaluación de estándares de estructura, proceso y resultado; los mismos que servirán de base para el mejoramiento continuo planteado en todos los esquemas de calidad.

Alcanzar la Acreditación para establecimiento de Categoría III-E.

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a garantizar que el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos de Categoría III-E orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el Minsa para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".
- Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.

IV.- ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El Plan para la Autoevaluación, es aplicado por el Equipo de Autoevaluadores en todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".

V.- BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSa, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 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".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".



- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA, se aprobó la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Directoral N° 295-2017-DG-HEJCU, se aprobó el "Manual de Organización y Funciones del HEJCU".
- Resolución Directoral N° 082- 2022-DG-HEJCU, que aprueba la Directiva Administrativa Administrativa N° 004-HEJCU/OEPP-2023 para la formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP, Aprueban la Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios del Sector Público.

VI.- CONTENIDO:

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (Definiciones Operativas)

- **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 Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- **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.
- **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- **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 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.
- **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.

- **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- **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 restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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 proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.



- **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.
- **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.
- **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.
- **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.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes:

La Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada del asesoramiento e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el hospital, con la finalidad de mejorar la calidad de atención, con la participación del Equipo de Autoevaluadores:

6.2.2 Problema (magnitud y caracterización)

Los problemas identificados en referencia a la gestión de la calidad son los siguientes:

- Falta de programas de capacitación en procesos.
- Insuficiente personal de apoyo con conocimiento de gestión de la calidad.
- Insatisfacción de personal asistencial, administrativo y de servicios.

6.2.3 Causas del problema

- Desinterés y desmotivación del usuario interno.
- Insuficiente presupuesto para actividades de calidad.
- Alta resistencia al cambio.



6.2.4. Población objetivo

Mediante la autoevaluación se supervisa y se evalúa el desarrollo de las actividades de los diferentes Departamentos, Oficinas y/o servicios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

6.2.5. Alternativas de solución:

- Charla motivacional para el personal Evaluador
- Capacitación para el personal que participará como Evaluadores
- Entrega de Constancias de participación a los Evaluadores.



6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL POI.

OBJETIVO PEI	OBJETIVOS GENERALES	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>OEI.04</p> <p>Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública</p>	<p>Contribuir a garantizar que el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos de Categoría III-E orientados a maximizar la satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.</p>	<p>Realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación definidos por el Minsa para establecimientos de Categoría III-E en el Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".</p> <p>Desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la calidad para el cumplimiento de los criterios y estándares de Acreditación.</p>

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:

6.4.1 Descripción operativa: Unidad de medida, metas y responsables

Objetivos Especificos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación.	Acta	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación oficial del inicio de autoevaluación	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad

6.4.2. Costeo de las Actividades por tarea

Objetivos Especificos	Actividad Operativa	Presupuesto
IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION	Elaboración del plan de autoevaluación	S/ 3,000.00
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación.	S/ 6,000.00
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	S/ 3,000.00
	Comunicación oficial del inicio de autoevaluación	S/ 7,000.00
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	S/ 7,000.00
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	S/ 6,000.00
		S/ 32,000.00



6.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad

Objetivos Específicos	Actividad Operativa	Unidad de Medida	Meta	Responsable
IMPLEMENTAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION	Elaboración del plan de autoevaluación	Plan elaborado	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación dirigida al equipo de evaluadores internos y al equipo de acreditación en norma técnica de acreditación.	Acta	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Planificar el proceso de autoevaluación para la acreditación hospitalaria	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación oficial del inicio de autoevaluación	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Presentación del informe técnico de autoevaluación para la acreditación.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones en base a los resultados del proceso de autoevaluación.	Informe	1	Oficina de Gestión de la Calidad

6.5 PRESUPUESTO:

Objetivos Específicos	Presupuesto
Implementar el Plan de Autoevaluación	S/ 32,000.00

6.6 FINANCIAMIENTO:

El financiamiento será por recursos ordinarios del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"

6.7 ACCIONES DE MONITOREO SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

En esta fase se realizan las acciones previstas en el plan de autoevaluación.

Posteriormente, se identifican los avances o logros obtenidos en relación al referente de calidad seleccionado. Luego, se comunican los resultados a la Dirección para orientar la toma de decisiones institucionales, sobre las nuevas acciones de mejora.

Esta es una fase clave para la decisión institucional respecto a la continuidad del proceso en la perspectiva del desarrollo de una cultura de evaluación para la mejora continua

Se consideran los siguientes estadios:

Estadio 1 Ejecución, y supervisión del plan de autoevaluación

Estadio 2 Evaluación del plan de autoevaluación



Estadio 3 Comunicación de los resultados del plan de autoevaluación para la toma de decisiones

Estadio 4 Evaluación del proceso de autoevaluación

Estadio 1 Ejecución, y supervisión del plan de autoevaluación	
Logro esperado	La IPRESS partida organizadamente en la ejecución del plan de autoevaluación, realizando los ajustes necesarios con base de monitoreo de su ejecución, brindando especial atención a las alertas que puedan identificar los distintos actores de los servicios evaluados.
Producto sugerido	Reporte periódico de avances y ajustes en la ejecución del plan de autoevaluación

Para llevar a cabo este estadio, el Comité de Acreditación deberá desarrollar lo siguiente:

- Reflexionar sobre los procedimientos para el monitoreo a la ejecución del plan de autoevaluación
- Realizar la gestión oportuna de recursos, para el desarrollo de las actividades previstas en plan.
- Identificar aspectos a considerar en el reporte de avances y ajustes al plan, tomando en cuenta los resultados del monitoreo.
- Reflexionar acerca de los ajustes que se pueden realizar al plan de autoevaluación durante su ejecución, afianzando los resultados del monitoreo.

Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del plan

- Organización de equipos para la implementación del plan autoevaluación.
- El comité de acreditación organiza los equipos de trabajo para la ejecución del plan.
- Socializa y difunde el cronograma del plan y sus responsables.
- Asesora y gestiona las condiciones para la ejecución de la autoevaluación.
- Registrar y difundir los avances en la ejecución de acciones previstas en el plan de autoevaluación.
- Realizar reuniones periódicas de análisis de los avances, y supervisar su cumplimiento.
- Elaborar reportes periódicos de los avances
- Presentar los reportes a los equipos de trabajo para reflexionar sobre la práctica, identificar los logros y oportunidades de mejora, extraer lecciones aprendidas y hacer los ajustes a la accione del plan



6.7.1 Periodo de ejecución:

El siguiente Plan se ejecutará desde agosto hasta octubre del año 2023.

VII.- RESPONSABILIDADES:

De la Oficina de Gestión de la Calidad:

- Define las acciones de planificación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo de Acreditación del establecimiento de salud/microrred. Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud/ microrred. 5. Destina recursos para la realización de la autoevaluación, evaluación externa, y para las acciones de mejoramiento continuo. 6. Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda
- Coordinar con evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud/DIRESA/DISA según corresponda.

Del Evaluador:

- Realizar las acciones de evaluación interna según sea el caso.
- Proponer acciones de mejoramiento continuo.
- Emitir un Informe Técnico de Evaluación.
- Rinde cuentas de su desempeño a la Oficina de Calidad del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa".



Anexo N° 2

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (Resolución Directoral N° 102-2023 –DG-HEJCU).

N°	AUTOEVALUADOR	UNIDAD ORGANICA
01	Sra. María del Pilar Reyes Figueroa	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
02	M.C. Rocío del Carmen Maratuech Kong	Departamento de Anestesiología
03	M.C. Anyeli Yesenia Bedoya Mengoa	Departamento de Anestesiología
04	M.C. Jorge Slim Vásquez Torres	Departamento de Cirugía
05	Lic. Jack Paul Lázaro Gómez	Oficina de Estadística e Informática
06	Bach. Adm. Martha Elena Guzmán Cedano	Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto.
07	Q.F. Santos Villacorta Molina	Departamento Farmacia
08	Lic. Enf. Rina Brígida Cangalaya Yauri	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
09	Téc. Joel Robert Sánchez Romero	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
10	Fredy Rivas De La Cruz	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
11	Lic. Paulo Cesar Arias De la Torre	Oficina de Nutrición
12	Lic. Sonia Castañeda Vela	Departamento de Enfermería
13	Lic. Gabriela Yupanqui Solar	Departamento de Enfermería
14	M.C. Oscar Roca Valencia	Departamento de Patología Clínica
15	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de Calidad
16	Tco. Estad. Nelly María del Rosario Montero Aguilar.	Oficina de Gestión de Calidad
17	M.C. Ana Luisa Salazar Tupppia	Departamento de Medicina
18	Lic. Marilú Cecilia Remigio Marinez	Departamento de Servicio Social
19	Ing. José Luis Pérez Moreno	Oficina de Comunicaciones
20	Tca. Adm. Josefina Lizbeth Loconi Marcos.	Oficina de Personal



Anexo N° 3: Resolución Directoral del Equipo de Autoevaluación 2023

MINISTERIO DE SALUD
VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES
Y ASEGURAMIENTO EN SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
JOSÉ CASIMIRO ULLOA

N° 102-2023-DG-HEJCU



Resolución Directoral

Miraflores, 19 de Mayo de 2023

VISTO:

El Expediente N° 23-005470-001/002, que contiene el Informe N° 100-2023-OGC-HEJCU, emitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, y.

CONSIDERANDO:

Que, artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala que "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad".

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV 02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual señala que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la cual tiene como 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, mediante Resolución Directoral N° 065-2023-DG-HEJCU, se aprobó la conformación del **Equipo de Autoevaluadores Internos 2023** del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;

Que, mediante Resolución Directoral N° 081-2023-DG-HEJCU-OP, se resuelve dar término a la designación del Licenciado en Estadística Luis Antonio Infantes Oblitas, al cargo de Jefe de la Oficina de Estadística e Informática, designando, en la misma resolución, al Ingeniero de Sistemas e Informática Jack Paul Lázaro Gómez, al cargo de Jefe de la Oficina de Estadística e Informática de este nosocomio;

Que, en consecuencia, mediante Informe N° 100-2023-OGC-HEJCU, de fecha 12 de mayo de 2023, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la actualización de la Resolución Directoral N° 066-2023-DG-HEJCU del Equipo de Autoevaluación 2023, debiendo actualizar el nombre del Jefe de la Oficina de Estadística e Informática,



**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"**

Que, contando con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;

De conformidad con lo dispuesto en el literal d) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, aprobado con Resolución Ministerial N° 767-2006/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- ACTUALIZAR la conformación del **Equipo de Autoevaluadores Internos 2023** del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el mismo que estará integrado por los siguientes profesionales:

N°	AUTOEVALUADOR (A)	UNIDAD ORGANICA
01	Sra. María del Pilar Reyes Figueroa	Departamento de Diagnóstico por Imágenes
02	M.C. Rocio del Carmen Maratuech Kong	Departamento de Anestesiología
03	M.C. Anyely Yesenia Bedoya Mengoa	Departamento de Anestesiología
04	M.C. Jorge Slim Vásquez Torres	Departamento de Cirugía
05	Ing. Jack Paul Lázaro Gómez	Oficina de Estadística e Informática
06	Bach. Adm. Martha Elena Guzmán Cedano	Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto.
07	Q.F. Santos Enrique Villacorta Molina	Departamento Farmacia
08	Lic. Enf. Rina Brígida Cangalaya Yauri	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
09	Téc. Joel Robert Sánchez Romero	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
10	Fredy Rivas De La Cruz	Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
11	Lic. Paulo Cesar Arias De la Torre	Oficina de Nutrición
12	Lic. Sonia Castañeda Vela	Departamento de Enfermería
13	Lic. Gabriela Yupanqui Solar	Departamento de Enfermería
14	M.C. Oscar Roca Valencia	Departamento de Patología Clínica
15	M.C. Sonia Elvira Escudero Vidal	Oficina de Gestión de Calidad
16	Tca. Estad. Nelly María del Rosario Montero Aguilar	Oficina de Gestión de Calidad
17	M.C. Ana Luisa Salazar Tuppia	Departamento de Medicina
18	Lic. Marilú Cecilia Remigio Martínez	Departamento de Servicio Social
19	Ing. José Luis Pérez Moreno	Oficina de Comunicaciones
20	Tca. Adm. Josefina Lisbet Loconi Marcos	Oficina de Personal

ARTÍCULO 2°.- DISPONER dejar sin efecto toda disposición que se oponga a la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.-DISPONER que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad la coordinación y supervisión para el mejor cumplimiento de las tareas propias del citado equipo asimismo, la difusión de la presente resolución a los integrantes del citado equipo.



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

ARTÍCULO 4º.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el portal web institucional de la entidad (www.hejcu.gob.pe)

Regístrese, comuníquese y cúmplase.


MINISTERIO DE SALUD
Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa"
DR. RAUHINOSTROZA CASTILLO
Director General



- ANEXO VINCULADO
- Distribución**
- Dirección General
 - Of. de Gestión de la Calidad
 - Of. de Asesoría Jurídica
 - Of. de Comunicaciones
 - Integrantes (2)
 - Archivo



**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2023 DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSÉ CASIMIRO ULLOA"**

Anexo N° 4: Cronograma Detallado por Macroproceso de Autoevaluación 2023

FECHA DE EVALUACIÓN	MP N°	MACRO PROCESO	RESPONSABLE DE MACRO PROCESO -HEJCU	DEPARTAMENTO / OFICINA	EVALUADORES INTERNOS
Martes 07/08	1	Direccionamiento	Econ. Roxana Jacqueline Alarcón Guizado	Director Oficina Planeamiento y Presupuesto	Dr. Oscar Roca Valencia; Sra. Nelly María del Rosario Montero Aguilar
Miércoles 02/08	2	Gestión de Recursos Humanos	Lic. Rosana Lorenza Sandoval Castro	Jefe Oficina de Personal	Sra. María del Pilar Reyes Figueroa Lic. Paulo Cesar Arias De la Torre
Jueves 03/08	3	Gestión de la Calidad	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal	Jefe Oficina de Gestión de la Calidad	M.C. Rocio del Carmen Maratuech Kong Lic. Sonia Castañeda Vela
Viernes 04/08	4	Manejo del Riesgo de Atención	Lic. Zena Alejandrina Villacorta Martínez	Jefe Dpto. Enfermería	Téc. Joel Robert Sánchez Romero Lic. Enf. Rina Brígida Cangalaya Yauri
Lunes 07/08	5	Emergencias y Desastres	Dr. Eddie Enrique Vargas Encalada	Jefe del Departamento de Medicina	M.C. Cecilia Martos Robles Lic. Lic. Jack Paul Lazaro Gomez
Martes 08/08	6	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Iris Violeta Dávila Idefonso	Jefe del Departamento Patología Clínica	M.C. Ana Luisa Salazar Tuppla Lic. Sonia Castañeda Vela
Miércoles 09/08	7	Atención Ambulatoria	M.C. Enrique Eladio Gutiérrez Yoza	Jefe del Departamento de Traumatología	Lic. Mariño Cecilia Remigio Martínez Bach. Adm. Martha Elena Guzmán Cedano
Jueves 10/08	9	Atención de Hospitalización	Petro Leonidovich Shevchuk Shevchuk	Jefe del Departamento de Cirugía	M.C. Rocio del Carmen Maratuech Kong Lic. Gabriela Yupanqui Solar
Viernes 11/08	10	Atención Emergencia	Dr. Eddie Enrique Vargas Encalada	Jefe del Departamento de Medicina	M.C. Ana Luisa Salazar Tuppla Lic. Enf. Rina Brígida Cangalaya Yauri
Lunes 14/08	11	Atención Quirúrgica	Dr. Miguel Humberto Anduaga Muñoz	Jefe del Departamento de Anestesiología	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal
Martes 15/08	12	Docencia e Investigación	M.C. Eledoro Rafael Tucto	Jefe Oficina Apoyo a la Docencia e Investigación	Lic. Paulo Arias de la Torre Tec. Nelly María del Rosario Montero Aguilar
Miércoles 16/08	13	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	M.C. Henry Lowell Alpaz Gomez	Jefe del Departamento Diagnóstico por Imágenes	M.C. Anyell Yesenia Bedoya Mengoa
Jueves 17/08	14	Admisión y Alta	Lic. Jack Paul Lazaro Gomez	Jefe Oficina de Estadística e Informática	Dra. Cecilia Martos Robles Lic. Sandy Yesenia Ramírez Salinas
Viernes 18/08	15	Referencia y Contrareferencia	M.C. Lily Carmen Mori Rodríguez	Responsable de la de Referencia y Contra referencias	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal
Lunes 21/08	16	Gestión de Medicamentos	Q.F. Robert Angel Quispe Melgar	Jefe del Departamento de Farmacia	M.C. Jorge Slim Vásquez Torres Q.F. Santos Villacorta Molina
Martes 22/08	17	Gestión de la Información	Ing. Jose Luis Perez Moreno	Jefe Oficina de Comunicaciones	Dra. Sonia Elvira Escudero Vidal Lic. Enf. Rina Brígida Cangalaya Yauri
Miércoles 23/08	18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización	Lic. Zena Alejandrina Villacorta Martínez	Jefe del Departamento de Enfermería	Lic. Sonia Castañeda Vela Lic. Enf. Rina Brígida Cangalaya Yauri
Jueves 24/08	19	Manejo del Riesgo Social	Lic. Martine Amalia Campuzano Ballarta	Jefe del Departamento de Servicio Social	Tca. Adm. Josefina Lizabeth Loconl Marcos
Viernes 25/08	20	Manejo de Nutrición	Lic. Lorena Carmen Asis Guerrero	Jefe del Departamento de Nutrición	Tec. Nelly María del Rosario Montero Aguilar Lic. Mariño Cecilia Remigio Martínez
Lunes 28/08	21	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Jorge Pajuelo Llanos	Jefe Oficina de Logística	M.C. Anyell Yesenia Bedoya Mengoa Ing. Jose Luis Perez Moreno
Martes 29/08	22	Gestión de Equipos e Infraestructura	Ing. Jorge Vidal Leyva Vilchez	Jefe Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	Fredy Rivas De La Cruz Jahays A. Espejo Zuñiga



IX.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Rodríguez- Acreditación en Salud, Normas y Calidad 2013. Colombia. Acreditación en salud .org.co
2. Sanabria Morales -2019 Colombia. Acreditación en salud: enfoque al usuario y su familia.
3. Valdés J. ...de salud. Observatorio de buenas prácticas en salud 2013 .Chile. Elaboración y Gestión de documentos para el proceso de Acreditación en salud.
4. Zapata MA-Vanegas .Revista de Salud Pública 2020-Scielo Public health.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS "José Casimiro Ulloa"


Dra. SONIA ESCUDERO VIDAL
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad

