



“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”

N° 177 – 2023-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 15 de mayo del 2023

Visto el Expediente N° 007133-2023 que contiene el Oficio N° 058-2023-GRL/GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de Aprobación mediante Resolución del “PLAN ANUAL DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO - 2023, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, señala literalmente que: “Los Establecimientos de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de Gestión deberán cumplir los requisitos que disponen los Reglamentos y Normas Técnicas que dicha autoridad de Salud de Nivel Nacional en relación a la planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgo relacionados con los agentes ambientales, físicos, químicos biológicos y orgánicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los Establecimientos de Salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la “Guía Técnica del Evaluador” para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como guía de referencia nacional, de aplicación en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la III-1, en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021 – MINSA/DGSP-V.03. “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, con la finalidad de contribuir a mejorar el desempeño del Sistema de Salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante documentos de Visto, el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 1140-2023-GRL-GRSL/30.37, la conformación del “PLAN ANUAL DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO 2023” DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, con la finalidad de cumplir con los objetivos funcionales de Apoyo en este Nosocomio;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el “PLAN ANUAL DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO 2023” DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, el mismo que contiene CATORCE (14) FOLIOS y es parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transferencia estándar del Hospital II – 2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese;





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Gema
de Yurimaguas

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



**“PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL
PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023, DEL
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE
YURIMAGUAS”**

**YURIMAGUAS - PERÚ
2023**



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
Director Ejecutivo

OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO
Director Adjunto

C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
Director Administrativo

C.P.C. EYNER SALAZAR JARA
Jefe Oficina de Planeamiento Estratégico

C.P.C. JOSEPH ABAD RODRÍGUEZ
Jefe Oficina de Logística

C.P.C. DORIS CONSUELO SÁNCHEZ MORI
Jefe Unidad de Recursos Humanos

Elaborado por:

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- **LIC. FABRICIA REATEGUI DÁVILA**
Jefa de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad
- **C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ**
Coordinador del Componente de Acreditación para la Autoevaluación



PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

ÍNDICE

I.	Introducción	4
II.	Justificación	4
III.	Objetivos	5
IV.	Alcance	6
V.	Base Legal	6
VI.	Metodología de evaluación	6
VII.	Comité de Acreditación y Evaluadores Internos	9
VIII.	Cronograma de Actividades	10
IX.	Presupuesto	10
X.	Anexos	11



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS**

I. INTRODUCCIÓN

La **Acreditación** como proceso de evaluación periódica, se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud, aplicando una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientados 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 **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; La Ley General de Salud, Ley N° 26842, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad; en ese sentido la implementación del proceso de Acreditación de EE.SS, en su primera fase que es la Autoevaluación, en la cual un equipo institucional de evaluadores internos aplica periódicamente el listado de estándares de acreditación correspondiente a su categoría, permite determinar el nivel de cumplimiento de estándares e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora en el EE.SS., la Autoevaluación, dentro del proceso de Acreditación, se reconoce explícitamente como un valor en la cultura organizacional de las instituciones de salud.

En este proceso de fortalecer e institucionalizar la Gestión de la Calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad, con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y confiable, trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como para el personal de salud, lo cual contribuye a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

II. JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene su sustento legal en la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M. N° 456-2007/MINSA, la cual proporciona pautas para ejecutar este proceso, como parte importante del componente de Garantía y Mejora de la Calidad establecida en el Plan de Gestión de la Calidad en Salud; a partir de la implementación de este proceso, la Gestión de la Calidad, ha tenido avances significativos en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, que buscan la satisfacción del usuario externo, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

La evaluación periódica del cumplimiento de estándares de Acreditación, tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de la salud y promover acciones de mejora



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

continua de la calidad de atención. La séptima política de Calidad en Salud, indica que las IPRESS tenemos la responsabilidad de cumplir con las normas y estándares de Infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención, a fin de mejorar la calidad de la atención al usuario.

La Autoevaluación no significa otra cosa que tener el valor de mirarse uno mismo para establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades, para examinar y analizar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles a implementar.

La Autoevaluación constituye 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 continuo de la calidad, es el camino hacia la Acreditación, lo que hace imprescindible su desarrollo, a efectos de diagnosticar las limitaciones o debilidades de todo el sistema institucional, que va a permitir planificar y ejecutar acciones de mejora, mediante la aplicación de estándares previamente definidos, las cuales se encuentran agrupados en macro procesos.

La Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, en coordinación con la Dirección Ejecutiva, de forma anual, desarra este proceso de Autoevaluación, a fin de mejorar los procesos, con miras a alcanzar la Acreditación que, con su nueva infraestructura, pretende convertirse en una Institución de Salud modelo en Gestión de la Calidad, centrada en la atención personalizada, e integral, basada en satisfacer las necesidades de salud y expectativas de los usuarios.



III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la funcionabilidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, cumpliendo los estándares y criterios de evaluación de la Calidad, para alcanzar la Acreditación del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los componentes operativos y metodológicos de las fases de la Autoevaluación de la Calidad para la construcción de un proceso que consolide equipos de trabajo en salud.
- Analizar el papel que juega la institución de salud en la satisfacción de las necesidades y demandas de salud de la población por medio del reconocimiento de los problemas de calidad del servicio.
- Incorporar a la gestión de los servicios de salud el análisis del trabajo, como herramienta para incrementar la calidad del servicio.
- Conducir la transformación del proceso de trabajo a través de la formulación e implementación de un plan de acción dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño del equipo.





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

IV. ALCANCE

El ámbito de alcance del Plan para la Autoevaluación 2023, son todos los servicios asistenciales y administrativos que conforman la estructura funcional y orgánica del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la "NTS N° 050 – MINSA/DGSP - V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSAP-V.03, Categoría de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA, "Directiva para la Evaluación del Desempeño de Directores Generales de Institutos Nacionales y Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 060-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba el Plan Anual de Actividades de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad año 2023 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 051-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación 2023 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 052-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2023 del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El proceso de Autoevaluación 2023 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, será desarrollado por el Equipo de Autoevaluación, con el apoyo técnico de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad y del Comité de Acreditación. Asimismo, se trabajará en estrecha coordinación con la Dirección General del HSGY; teniendo como base la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA el 05 de junio del 2007 y sus objetivos inmersos en el Plan de Autoevaluación.





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

6.1. Técnicas de Evaluación

El equipo de evaluadores internos del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, durante el desarrollo de la Autoevaluación, utilizará las siguientes técnicas, tales como:

- Verificación/Revisión de documentos
- Observación
- Entrevistas
- Muestras
- Encuestas
- Auditorías.



• **Análisis de Registros:**

Se hará la revisión documentaria para recabar información de registros existentes en los servicios de salud tales como: Informes, reportes estadísticos, actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.

Para la recolección de datos:

- 
- 
- a) Se designará a un integrante del equipo de evaluadores para realizar el análisis de los registros.
 - b) Se ubicará un lugar apropiado donde realizará el análisis de la documentación recabada.
 - c) El responsable del análisis de la información, verificará lo que se solicita en cada ítem y, de acuerdo a ello, registrará el resultado.
 - d) Culminado el análisis, conjuntamente con el equipo de Calidad, procesar la información de acuerdo a las pautas señaladas en el Instrumento para la Autoevaluación y determinar el puntaje correspondiente.

• **Observación directa:**

Es el registro visual que realiza un miembro del equipo de salud, acerca de lo que ocurre en una situación real o simulada.

Para la aplicación de este método se procederá de la siguiente manera:

- 
- a. Se designará a un representante del equipo de evaluadores para el análisis de los registros.
 - b. Se determinará el momento y lugar donde observará el procedimiento o actividad.
 - c. Culminada la observación, hará entrega de la lista de verificación con los respectivos datos al responsable del equipo de calidad.
 - d. El equipo de evaluadores procesará la información de acuerdo a las pautas señaladas en el Instrumento para la revisión de procesos y determinar el puntaje correspondiente.

• **Entrevista/Encuesta:**

Es la comunicación establecida entre algún miembro del equipo de salud con los integrantes del equipo de salud o con los usuarios de los servicios.

Dicho procedimiento se realizará de la siguiente manera:

- a) Se hará preguntas para corroborar u obtener información.
- b) Las respuestas se registrarán en los instrumentos preestablecidos para tal fin.



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

- c) El equipo de calidad designará a la persona que realizará la entrevista/encuesta.
- d) La persona designada, debe determinar el momento y lugar donde realizará la entrevista / encuesta.
- e) Se formulará las preguntas y se registrará las respuestas en los instrumentos correspondientes.
- f) El responsable, culminado la entrevista/encuesta, entregará los instrumentos debidamente llenados, anotando algunas observaciones en relación a hechos relevantes que se quiera resaltar.

6.2. Instrumentos de evaluación a utilizar

Los instrumentos que se utilizarán durante el desarrollo de la Autoevaluación, serán:

- El Listado de Estándares de Acreditación
- Guía Técnica del Evaluador
- Hojas de registro de datos de la autoevaluación
- Referencias normativas.

6.3. Proceso de ejecución

La metodología de trabajo diario durante el periodo de ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
- El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- El Equipo de Acreditación y el Evaluador Líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad.
- La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Presentar el Informe Técnico de Autoevaluación a la Dirección General y Equipo de Gestión.





PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

VII. COMITÉ DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS

Mediante Resolución Directoral N° 051-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01 de fecha 30 de enero del 2023 se conforma el Equipo de Acreditación 2023 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por las siguientes oficinas:

COMITÉ DE ACREDITACIÓN 2023

DIRECTOR EJECUTIVO	M.C.E. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
DIRECTOR ADJUNTO	OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	LIC. ADM. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	CPC EYNER SALAZAR JARA
JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO
COORDINADOR UGRED	LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VÁSQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	M.C.E. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA	M.C.E. GIOVANNA BELTRÁN GALA
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA	M.C.E. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA	M.C.E. YIN CHOY GÓMEZ
JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO	M.C.E. FERNANDO RAMOS ESCALANTE
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA	M.C. LUZ ANGÉLICA LEYVA VELÁSQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA	Q.F. ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS
JEFE DEL SERVICIO LABORATORIO/BANCO SANGRE	T.M. ÓSCAR SANTA CRUZ SÁNCHEZ
COORDINADOR SALUD MATERNO NEONATAL	OBST. DELIA GARAZATÚA ORBE
JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN	LIC. NUT. LUIS J.
JEFE UNIDAD APOYO DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	LIC. EDUC. ELVIA RUBIO ESCOBAR

Asimismo, el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas cuenta con un Equipo institucional de Evaluadores Internos, aprobado mediante Resolución Directoral N° 052-2023-GRL-GRSL/30.37.03.01 de fecha 30 de enero del 2023 el cual está integrado por los siguientes profesionales:

EQUIPO DE ACREDITACIÓN 2023

C.D.	GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ
LIC. ENF.	SAMIMER CAROLEYNE HERRERA QUISPE
LIC. ENF.	GRETTE FIORELLA TORRES TELLO
LIC. ENF.	BONNIE VON BANCELS ANGULO
LIC. ENF.	TEOLINDA ANNIE DEL ÁGUILA RIVAS
LIC. ENF.	ROCÍO FABIOLA CERVANTES GARNICA
LIC. ENF.	LIANG NING CHOY GÓMEZ
LIC. ENF.	SEGUNDO MARÍN PINEDO
LIC. ENF.	MERY GUZMÁN CAMPOS
LIC. ENF.	JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA
Q.F.	LLAJHAIRA ELIZABETH VÁSQUEZ GATICA
Q.F.	ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS
OBST.	DELIA GARAZATÚA ORBE
OBST.	JEAN HERNÁNDEZ ANGULO



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

Los Evaluadores Internos, cumplen con un perfil de competencias necesarias para la medición de los estándares de acreditación y determinar su nivel de cumplimiento, identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, los cuales son:

- Aplicación de técnicas de supervisión, evaluación y auditoría en las diferentes unidades orgánicas de atención.
- Manejo de metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos y se orienta a la búsqueda de resultados medibles, confiables y suficientes.
- Manejo de sistemas informáticos, aplica conocimientos de gestión de la salud y maneja temas de la gestión hospitalaria acorde al nivel II -2.
- Recopila, clasifica y ordena la información brindada.



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A y B (ver anexo 1).

IX. PRESUPUESTO

Las actividades para desarrollar el proceso de la Autoevaluación AÑO 2023, serán financiadas con recursos de la Gestión Administrativa del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.



Atentamente,



X. ANEXOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ
 COP. N° 40338
 EQUIPO TÉCNICO GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 LIC. EN F. FABRICIA REATEGUI DAVILA
 C.E.P: 24280
 JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2023

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B

MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LA EVALUACIÓN	FECHA																				
		jul-23																				
		4	5	6	7	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21							
GERENCIALES	1 DIRECCIONAMIENTO (DIR)	LIC.ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO	X	X	X	X																
	2 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)	LIC.ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	X	X	X	X																
	3 GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)	LIC.ENF. FABIOLA CERVANTES GARNICA	X	X	X	X																
	4 MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (MRA)	C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ	X	X	X	X																
	5 GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	OBST. JEAN HERNANDEZ ANGULO	X	X	X	X																
	6 CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)	LIC.ENF. SAMMER HERRERA QUISPE	X	X	X	X																
PRESTACIONES ALAS	7 ATENCIÓN AMBULATORIA (ATA)	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA						X	X	X	X	X										
	9 ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)	LIC.ENF. BONNIE, ANNIE, OBST. DELIA						X	X	X	X	X										
	10 ATENCIÓN DE EMERGENCIA (EMG)	LIC.ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO						X	X	X	X	X										
	11 ATENCIÓN QUIRÚRGICA (ATQ)	LIC.ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO						X	X	X	X	X										
	12 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (DIV)	Q.F. ALEXANDER T. PACHECO ROJAS						X	X	X	X	X										
APOYO	13 ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)	LIC. ENF. LIANG CHOY GÓMEZ						X	X	X	X	X										
	14 ADMISIÓN Y ALTA (ADA)	OBST. JEAN HERNANDEZ ANGULO						X	X	X	X	X										
	15 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)	Q.F. LLAJHAIRA E. VÁSQUEZ GATICA						X	X	X	X	X										
	16 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)	OBST. DELIA GARAZATÚA ORBE															X	X	X	X	X	X
	17 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)	Q.F. ALEXANDER T. PACHECO ROJAS														X	X	X	X	X	X	X
	18 DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)	LIC. ENF. SAMMER HERRERA QUISPE														X	X	X	X	X	X	X
	19 MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)	LIC. ENF. MERY GUZMÁN														X	X	X	X	X	X	X
	20 NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (NYD)	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO														X	X	X	X	X	X	X
	21 GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)	C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ														X	X	X	X	X	X	X
	22 GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)	Q.F. LLAJHAIRA E. VÁSQUEZ GATICA														X	X	X	X	X	X	X

Anexo N° 2: Hoja de Registro de datos para Autoevaluación



Establecimiento de Salud: _____

Macro proceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código del Estándar: _____

