



Resolución Directoral

Santa Anita, 05 de Mayo del 2018

VISTO:

El Expediente 18MP-01134-00, conteniendo el Memorando N° 151/OGC-HHV/2018, de fecha 02 de abril del 2018, el mismo que solicita la "Aprobación del Plan de Autoevaluación en el Marco de la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán 2018" y;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala que es de interés público la provisión del servicio de salud, cualquier sea la persona o institución que lo provea, siendo 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, de fecha 04 de junio del 2007, 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, con la finalidad de "Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre de 2016, se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en el que se considera a los denominados "Documentos Técnicos", cualquier sea su naturaleza. Asimismo, se ha previsto que estos documentos técnicos cuenten con el sustento técnico del órgano competente;

Que, mediante Resolución Directoral N° 211-DG/HHV-2017, de fecha 17 de Agosto del 2017, se aprobó el "Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2017";

Que, mediante Memorando N° 151/OGC-HHV-2018, de fecha 02 de abril de 2018, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General el Plan de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán 2018, el mismo cuenta con el sustento técnico, mediante Informe 002-2018/RNDG-OGC-HHV, de fecha 27 de marzo del 2018, para su revisión y aprobación respectiva;

Que, el Plan de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán 2018, tiene como finalidad promover la mejora de la calidad de atención de acuerdo a los estándares establecidos, a nivel del sector salud, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, el mismo que resulta necesario aprobarlo, debiéndose expedir mediante acto resolutivo;



Resolución Directoral

Santa Anita, 05 de Mayo del 2018

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN 2018, el mismo que consta de dieciocho (18) páginas, formando parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- DEJAR SIN EFECTO, la Resolución N° 211-DG/HHV-2017; de fecha 17 de Agosto del 2017; y todas las demás que se opongán a la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el Plan en mención, así mismo informará cada seis (06) meses a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 4°.- ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

M.C. Gloria Luz Cuavá Vergara
Directora General (a)
CMP 2149. RNE 12799



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL HERMILO VALDIZAN 2018



El 2018 Hospital Hermilio Valdizán es una institución que presta servicios de salud integral, con calidad, ética y eficiencia a través de equipos multidisciplinarios. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud, nuestra prioridad es garantizar la calidad de la atención en salud, ética y profesionalidad. Promovemos la

Somos un Hospital que presta servicios de salud integral, con calidad, ética y eficiencia a través de equipos multidisciplinarios. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud, nuestra prioridad es garantizar la calidad de la atención en salud, ética y profesionalidad. Promovemos la



LIMA - PERU

**INDICE**

	Pag.
I. Titulo	01
II. Índice	02
III. Introducción	03
IV. Finalidad	04
V. Objetivo	04
5.1 Objetivo General	04
5.2 Objetivo Especifico	04
VI. Base Legal	05
VII. Ámbito de Aplicación	05
VIII. Contenido	06
8.1 Metodología de la Aplicación	05
IX. Responsabilidades del Evaluador Interno	07
9.1 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación	08
9.2 Cronograma General de Actividades de Auto Evaluación Interna 2017	09
9.3 Miembros del Equipo de Acreditación	10
9.4 Comité de Evaluadores Internos del Hospital Hermilio Valdizán	10
X. Anexos, Modelos	11
10.1 Glosario de términos	11
10.2 Anexos:	13
Anexo N° 1 Hoja de registro para Autoevaluación.....	14
Anexo N° 2 Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación.....	15
Anexo N° 3 Hoja de Recomendaciones.....	16
Anexo N° 4 Hoja: "Matriz de selección"	17
XI. Bibliografía	18



III. INTRODUCCIÓN:

El presente Plan de Autoevaluación para el año 2018 del Hospital Hermilio Valdizán, se formula en base a la normatividad de Acreditación de los Establecimientos de Salud del MINSA, el mismo que contribuirá a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macro procesos y en función de ellos promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud.

El proceso de acreditación mediante la fase de autoevaluación se ha venido desarrollando en nuestro hospital cada año con mayor porcentaje de cumplimiento de los estándares para hospitales III-1, así el año 2017 llegamos a un porcentaje general de cumplimiento de 79%, logrando además un 100% de cumplimiento en 5 macro procesos lo que indica un grado de avance en la mejora de la calidad en nuestro hospital.

El Plan de Autoevaluación 2018 recoge las experiencias adquiridas en el proceso del año anterior como el de capacitar y desarrollar mayores competencias en los evaluadores internos para la aplicación del instrumento de evaluación, reforzar las acciones de seguimiento a las recomendaciones hechas llegar a las unidades orgánicas del hospital post evaluación, fortalecer las acciones de asistencia técnica como parte de la gestión de mejora de los procesos. De la evaluación del proceso del año anterior está también pendiente la revisión de los estándares de acreditación para hospitales III-1 los mismos que deben adecuarse a la particularidad de los procesos que se desarrollan en un hospital de psiquiatría y salud mental.

El valor e importancia del proceso de autoevaluación radica finalmente en la concreción de acciones, planes y/o proyectos de mejora de la calidad a partir de las brechas identificadas en la aplicación del listado de estándares, solo así la autoevaluación dejara de ser un proceso evaluativo para convertirse en un instrumento real de mejora de la calidad de atención en nuestro hospital.



IV.- FINALIDAD

Conocer el nivel de cumplimiento de los Procesos y Macro-procesos de evaluación de las unidades prestadoras de salud.

Promover la mejora de la calidad de atención de acuerdo a los estándares establecidos, a nivel del Sector Salud, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Determinar la valoración y la detección de los nudos críticos que nos permita revertir a través de la implementación y ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud - Hospital Hermilio Valdizán.

V. OBJETIVO

5.1 Objetivo General

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares a la categoría III – del Hospital Hermilio Valdizán.

5.2 Objetivos específicos

- Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación.
- Desarrollar la programación de actividades para la autoevaluación de los Macro-procesos en el Hospital Hermilio Valdizán.
- Determinar los criterios débiles evaluados en cada uno de los Macro-procesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
- Valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación.



VI. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- R.M. N° 914 -2010/MINSA aprobó la NTS N° 021 –MINSA/ DGSP v.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Decreto Legislativo N° 1167, Que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueban Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° -DG/ HHV-2018 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2018.
- Resolución Directoral N° -DG/HHV-2018 conforma el Equipo de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán, periodo 2018
- Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud categoría III-1 y servicios médicos de apoyo dependiendo del nivel de categorización
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación del Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VII. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan está dirigido a los equipos de calidad de los establecimientos de salud de la categoría III-1 y es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.



VIII. CONTENIDO:

8.1 Metodología de la Aplicación

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con los estándares establecidos que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

8.2. Metodología de la Evaluación

a) RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Listado de estándares de acreditación categorías III-1.
- Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

b) CONFORMACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION

Presidido por el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

c) CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Lista Oficial aprobado con R.D N° -DG/HHV-2018.

Presidido por el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

d) PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2,018

e) COMUNICACIÓN DEL INICIO DE LA AUTOEVALUACION

f) PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACION

Culminado el Proceso de Autoevaluación se digitará los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.



IX RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO

- Haber recibido capacitación como evaluador interno en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garantice su desenvolvimiento individual con autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas.
- Documentar sus observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.





9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2018

RESPONSABLE DE EQUIPO DE EVALUADORES	GRUPO	EVALUADORES INTERNOS	MACRO-PROCESOS	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.
	GRUPO A	Dr. Rolando Zegarra Lic. Lina Villegas	MP4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCION	X						
	GRUPO B	DR. Lizardo Rodríguez Lic. Roxana Llata	MP3: GESTION DE LA CALIDAD			X				
	GRUPO C	Lina Villegas Bach. Rut Duran	MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		X					
	GRUPO D	Dra. Elba S. Luna Dra. Jenny Bernal	MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	X						
	GRUPO E	Dr. Lizardo Rodríguez Lic. Alicia Belletti	MP6: CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION		X	X				
GRUPO F / MP7: ATENCION AMBULATORIA:										
	GRUPO F1	Dra. Elba Luna Lic. Liliana Castro	CONSULTA EXTERNA DEL HHV					X		
	GRUPO F2	Lic. Lina Villegas Bach. Ruth Duran G Bach. Colon Flores	CONSULTA EXTERNA DE ÑAÑA			X				
	GRUPO F3	Lic. Doris Mauricio R Dra. Jenny Bernal V	PSIQUIATRIA INFANTIL			X				
	GRUPO F4	DR. Carlos Ordoñez Dr. Manuel Meza	DAMOC	X			X			
	GRUPO F5	Dra. Marlene Barreda Lic. Liliana Castro	TERAPIA DE FAMILIA		X			X		
	GRUPO F6	Lic. José Loconí García Lic. Noemi Paz	PSICODINAMICA					X		
	GRUPO G	Dr. Carlos Ordoñez Lic. Francisca Mauricio	MP13: ATENCION DE POYO AI DX Y TTO						X	
	GRUPO H	Lic. Arturo Dueñas Tap. Violeta Valiente	MP14: ADMISION Y ALTA							X
	GRUPO I	Dr. Carlos Chávez Dr. Raúl Gutiérrez	MP18: DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DEISINFECCION Y ESTERILIZACION							X
	GRUPO J	Dr. Julio Quintana Lic. Alicia Belletti	MP1: DIRECCIONAMIENTO						X	
	GRUPO K	Bach. Collón Flores Tap. Alayen Sauñe	MP5: EMERGENCIA Y DESASTRES						X	
	GRUPO L	Lic. Francisca Mauricio Lic. Rafael Pineda	MP16: GESTION DE MEDICAMENTOS				X			
	GRUPO M	Lic. Rafael Pineda Tap. Violeta Valiente	MP421: GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES						X	
	GRUPO N	Dr. Julio Quintana Dr. Rolando Zegarra	MP9: ATENCION DE HOSPITALIZACION				X			X
	GRUPO Ñ	Dr. Carlos Chávez Tap Arturo Espinoza	MP20: NUTRICION Y DIETETICA	X						
	GRUPO O	Dra. Edith Chero Lic. Noemi Paz	MP12: DOCENCIA E INESTIGACION				X			
	GRUPO P	Bach. Colón Flores Tap. Alayen Sauñe	MP22: GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA		X					
	GRUPO Q	Dr. Raúl Gutiérrez Alic. Mariela Blanco	MP10: ATENCION DE EMERGENCIA					X		
	GRUPO R	Dra. Marlene Barrera Bach. Ruth Duran	MP17: GESTION DE LA INFORMACION							X
	GRUPO S	Bach. Ruth Duran Lic. Luz V. Castillo	MP8: ATENCION EXTRAMURAL							X



9.2 CRONOGRAMA GENERAL DE AUTO EVALUACION INTERNA 2018.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SET.	OCT.	NOV.	DIC.
Capacitación de los Evaluadores internos.			X									
Evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables en HHV.			X									
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para designar a los líderes responsables por cada macro-proceso y reforzamiento en los contenidos de la guía del evaluador interno.			X									
Presentación del Plan a la Dirección General y Equipo de Gestión del HHV, Jefes de Oficinas y Departamentos y Trabajadores.		X										
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en AE 2017			X									
Inicio de la AE 2018				X	X	X	X	X	X	X		
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en AE 2017											X	
Procesamiento de Datos											X	
Análisis de Datos												X
Formulación de Informe final												X
Entrega de Informe Técnico del Equipo Evaluador										X		
Socialización del Informe con los evaluadores internos, DG y Jefaturas de Servicios y oficinas Evaluados												X



9.3 EQUIPO DE ACREDITACION DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2018

Dr. John Loli Depaz
Lic. Lina Villegas Ccatamayo
Lic. Mariela Blanco Tercero
Bach. Ruth Duran Gutiérrez
Bach. Willy Colon Flores

9.4 EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2018

Dr. Julio Quintana Leonardo	Presidente
Lic. Melba Segura Venegas	Secretaria
Dr. Lizardo Rodríguez Villacrés	Miembro
Dr. Carlos Ordoñez Huamán	Miembro
Dra. Edith Chero Campos	Miembro
Lic. Melba Segura Venegas	Miembro
Dra. Marlene Barreda Torres	Miembro
Lic. Rocio Barrios Arotoma	Miembro
Dr. Manuel Engels Meza Ichpas	Miembro
Ps. Alicia Belletti de Bellido	Miembro
Lic. José Loconi García	Miembro
Lic. Francisca Mauricio Roque	Miembro
Lic. Doris Mauricio Roque	Miembro
Lic. Luis Rafael Pineda Gallardo	Miembro
Tap. Violeta Valiente Caro	Miembro
Tap. Alayen Sauñe Muñoz	Miembro
Lic. Noemí Paz Flores	Miembro
Dr. Rolando Zegarra Molina	Miembro
Lic. Luz V. Castillo Zamora	Miembro
Lic. Arturo Dueñas Yactayo	Miembro
Lic. Liliana Castro Deza	Miembro
Lic. Lidia Aguilar Romero	Miembro
Tab. Arturo Espinoza Eulogio	Miembro
Dra. Jenny Bernal Vergara	Miembro



8 ANEXOS, MODELOS.

10.1 Glosario de términos

GLOSARIO DE TERMINOS

Acreditación:

Proceso de evaluación externa, 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 Atención de salud:

- Conjunto de prestaciones que se brinda a la persona, familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación
- Atributos de calidad:
- Propiedades o requisitos que se identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles deseados

Autoevaluación:

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el 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.

Criterios de evaluación:

Parámetros referenciales que terminan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Estándar:

Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar practicas 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 o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de proceso:

Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

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.

Estándares Genéricos:

Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la prestación.

Evaluación por pares:

Procedimiento de evaluación opcional del proceso de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Tiene como finalidad contar con la opinión de evaluadores internos de otros establecimientos de salud de similar categoría considerados pares.

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 las fases anteriores, autoevaluación o evaluación por pares (opcional).

Guía del evaluador:Informe Técnico de la Autoevaluación:

Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisan el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.



Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:

Documento que contiene los resultados de la evaluación del 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 macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médicos de apoyo y que sirve como instrumento para evaluadores.

10.2 Anexos:

- Anexo N° 1 Hoja de registro para Autoevaluación
- Anexo N° 2 Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
- Anexo N° 3 Hoja de Recomendaciones
- Anexo N° 4 Hoja: "Matriz de selección"





Anexo 1: Hoja de Registro para Autoevaluación

Macro proceso: _____

Evaluador(es): -

-
-
-

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código Estándar: _____



Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios

Firma:



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

Establecimiento: _____

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada (verificación/revisión, observación, entrevista, muestreo, encuesta)	Sustento del puntaje / Comentarios

Firma:



Anexo N° 3: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones

Firma:



Anexo N° 4: "Matriz de Selección"

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará 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 puntajes para cada problema.

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

Firma:



9 BIBLIOGRAFÍA

- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° O50 MINS/DGSP-V, O2 Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 270- 2,007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de salud y servicios Médicos de Apoyo.



[Handwritten signature]
Bach. R. S. G.