


RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°517-2021/GOB.REG-HVCA/HPT


Pampas, 23 de Agosto de 2021

VISTO:




Memorandum N° 0785-2021/GOB.REG-HVCA/HPT-D, de fecha 19 de agosto, adjunto Informe N° 002-2021-ESB-CLM-HP, la Dirección ordena de proyectar el Acto Resolutivo aprobar el Plan de Trabajo "Promoción y Protección de la lactancia materna en Hospital de Pampas-Tayacaja-2021";

CONSIDERANDO:



Que, los Gobierno Regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia conforme al artículo 191° de la Constitución Política del Perú del Estado modificada por la Ley N° 27680 – Ley de Reforma Constitucional del capítulo XIV del Título VI sobre descentralización, concordante con el artículo 2° de la Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal;




Que, mediante Ley N° 30281 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2015, se dispone la creación de la Unidad Ejecutora N° 1627 – Hospital de Pampas de Tayacaja, en el Pliego Gobierno Regional de Huancavelica,

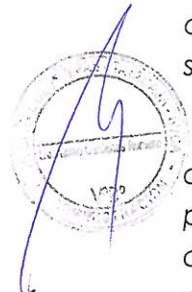
Que, en el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la Población términos aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma técnica de salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y Servicios médicos de apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma técnica de salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases. Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su


nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento”;



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



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



Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la “Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo”, el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

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

Que, mediante Resolución Gerencial General Regional N° 542-2020/GOB.REG-HVCA/GGR, se designa a partir del 22 de diciembre del 2020, al M.C. **ESPLANA BOZA, Hardy**, en el cargo de confianza de Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Pampas de Tayacaja, en uso de las atribuciones conferidas conforme a lo establecido en el Reglamento de Organizaciones y Funciones (ROF) del Hospital de Pampas de Tayacaja;



Que, Estando informado y con las visación de Dirección, jefe de la oficina de Administración, oficina de planeamiento y presupuesto y la unidad de Asesoría Jurídica del Hospital de Pampas;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - **APROBAR**, el Documento Técnico: **Plan de Autoevaluación del Hospital de Pampas-2021**", en que en dieciséis (16) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°. **DEJAR SIN EFECTO**, cualquier acto administrativo de igual o menor jerarquía que se opongan a la presente resolución.

Artículo 3°. - **NOTIFIQUESE**, el presente acto administrativo a los interesados y órganos competentes del Hospital de Pampas de Tayacaja e interesados, para los fines de Ley.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
HOSPITAL DE PAMPAS DE HUANCAMELICA
M.C. Hardy Esplana Boza
CMP-072766
DIRECTOR EJECUTIVO



PERÚ Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA

DIRESA HUANCAMELICA

UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL PAMPAS TAYACAJA



HOSPITAL DE PAMPAS EN EL PROCESO DE ACREDITACION

PLAN DE AUTOEVALUACION-2021

RESPONSABLE: EQUIPO TECNICO DE AUTOEVALUACION

PAMPAS AGOSTO DEL 2021





HOSPITAL DE PAMPAS EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN AUTO EVALUACIÓN 2021

I. INTRODUCCION:

En el marco del sistema de gestión de la calidad en salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de Garantía y mejoramiento de la calidad, siendo la Acreditación, el proceso de evaluación periódica.

Con el propósito de seguir promoviendo acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; ya que está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud; y que se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, y de procesos de algunos resultados.

La finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos que prestan servicios de salud, según su nivel de complejidad, cuenten con recursos y capacidades para brindar prestaciones de calidad en base a estándares nacionales previamente definidos y contribuye así a mitigar las fallas atribuibles a la atención de salud. Por tanto, la acreditación resulta en una calificación alternada por un establecimiento de salud luego de haberse sometido a una evaluación externa de un tercero calificado y al análisis de un cuerpo independiente quien niega o confiere dicha calificación, la evaluación busca evidencias de que el establecimiento de salud cumple con elementos de estructura, de equipamiento e infraestructura. A su vez el proceso de acreditación busca que el establecimiento de salud se someta a promover reacciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención a través de los proyectos de mejora.





El proceso de acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases:

1. Evaluación Interna (Autoevaluación).
2. Evaluación Externa

Por tal motivo, el Hospital de Pampas, de categoría II-1, en busca de obtener la acreditación de sus servicios, se someterá a una Autoevaluación.

La Autoevaluación estará a cargo de un equipo técnico calificado de evaluadores internos, quienes, a partir de una metodología ya establecida por el MINSA, se encargarán de la primera fase de la acreditación.

II. JUSTIFICACION:

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica ni su pertenencia a alguno de los cinco subsectores de nuestro sistema de salud. Aún más, si se partió del supuesto que la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud y que ésta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, y de reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derechos en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios. La estandarización también debe estar orientada a los métodos y técnicas de evaluación a desarrollar que mejoren la capacidad operativa de la propuesta técnica.

El Hospital de Pampas, es un establecimiento de salud que adquirió la categoría de II-1 hace 9 años y considerando la importancia de la acreditación para el funcionamiento con calidad, considera necesario someterse a la Autoevaluación, ya que esto nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad, a la vez que se identificarán los nudos críticos y de esta manera se podrá implementar procesos de mejoramiento continuo los cuales nos permitirán corregir las áreas identificadas como problemas.

III. ALCANCE:

Hospital de Pampas, durante el periodo Agosto del 2021





IV. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
- Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales".
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos".
- Ley N° 26454, "Ley General de Banco de Sangre".
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- D.S. N° 013-2006-SA – "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- D.S. N° 016-2001-SA- "Reglamento de la Ley N° 27604".
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009".
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- R.M. N° 769-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- R.M. N° 246-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
- R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el "Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales".
- R.M. 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
- R.M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba los "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- R.M. N° 597-2006/MINSA que aprueba la "NTS N° 022-MINSA/DGSP-v.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".





- R.M. N° 614-2004/MINSA, que aprueba las "Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Banco de Sangres (PRONAHEBAS)"
- R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica N° 030-MINSA/DGSPV.
- "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología"
- R.M. N° 753-2004/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias"
- R.M. N° 510-2005, que aprueba el "Manual de Salud Ocupacional"
- R.M. 729-2003 SA/DM "La atención integral compromiso de todos-El modelo de atención integral (MAIS)"
- R.M. N° 996-2005/MINSA, que aprueba el "Compendio de Guías de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería en Emergencias y Desastres"
- R.M. N° 194-2005/MINSA, que aprueba la Directiva N° 053-05-MINSA-OGDN-V.01.
- "Organización y Funcionamiento de las Brigadas del Ministerio de Salud para Atención y Control de Situaciones de Emergencias y Desastres"
- R.M. N° 974-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 043-2004-OGDN/MINSA-V- 01, "Procedimiento para la elaboración de planes de respuesta frente a emergencias y desastres"
- R.M. N° 768-2004/MINSA, que aprueba la Directiva "Procedimiento para la elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres"
- R.M. 511-2005/MINSA, que aprueba las "Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría".
- R.M. 516-2005/MINSA, que aprueba las "Guías de Práctica Clínica en Emergencia del Adulto".
- R.M. N° 776-2004/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado"
- R.M. 423-2001-SA/DM, que aprueba el "Manual de Procedimientos de Admisión Integral en Establecimientos del Primer Nivel de Atención"





- R.M. N° 751-2004/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”
- R.M. N° 970-2005/MINSA, que aprueba la “Norma Técnica de Salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención”.

V. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Realizar la autoevaluación, como primera fase del proceso de acreditación del Hospital Pampas -2021.

Objetivos Específicos:

- Conformar el equipo de evaluadores internos del Hospital de Pampas.
- Establecer la asistencia técnica durante el proceso de autoevaluación en el marco de la acreditación en su primera fase.
- Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos
- Promover una cultura de calidad en El Hospital de Pampas a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.
- Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
- Involucrar a las diferentes UPSS del Hospital Pampas a procesos de mejoramiento continuo de la calidad en todos sus procesos.
- Lograr que los usuarios perciban los atributos de calidad y que estos sean verificados por un tercer actor evaluador para poder utilizar los servicios de salud con confianza por parte del usuario y con seguridad por parte del prestador.





VI. META:

Lograr que el Hospital de Pampas cuente con al menos una autoevaluación y logre la implementación de las diferentes UPSS en los diferentes procesos que requiera a fin de lograr la acreditación como HOSPITAL II-1, durante el año 2021.

VII. METODOLOGIA:

La evaluación es el momento en que el evaluador de salud percibe en forma global panorámica desde su posición que es lo que está sucediendo, además permite analizar al interior del establecimiento los problemas internos y externos que intervienen en el cumplimiento de los estándares de acreditación a evaluar. Así el equipo de evaluadores internos utilizara diversas técnicas tales como:

- **Verificación (Revisión de documentos):** Uno de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
- **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los Estándares de Acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos mediante observación con respecto al cumplimiento de los Estándares de Acreditación.
- **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se sustenta en las normas o criterios preestablecidos.

Referencias Normativas y las Fuentes Auditables.

- Normas Legales sectoriales que regulan los procedimientos y procesos institucionales.





- Normas internas de cada establecimiento prestador.
- Normas legales que regulan los procesos emanados por el MINSA.

VIII. RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS:

Equipo de Gestión de la Calidad del Hospital Pampas:

- ✓ COORDINADOR : C.D. Olga, DUEÑAS CAPCHA
- ✓ DIRECTOR : M.C. HARDY ESPLANA BOZA
- ✓ SECRETRARIO : LIC. ENF. CARDENAS MANCHA INES
- ✓ VOCAL : LIC. ALBINO CARDENAS ROMERO
- ✓ VOCAL : ING. SATA CRUZ CHAMORRO EVANS J.

De los 20 macroprocesos como II-1 no se considera el macroproceso 8 de la atención extramural y el macroproceso 12 de docencia e investigación, por lo que se evalúan solo 72 estándares de los 78 establecidos.

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

COORDINADOR: LIC. ENF. RAMOS LAPA EFRAIN TITO

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- ✓ EVALUADOR LIDER : LIC. ENF. CONDORI QUISPE WALTER
- ✓ EVALUADOR 1 : LIC. ENF. QUISPE RIVEROS ZARELA
- ✓ EVALUADOR 2 : LIC. ENF. ZUÑIGA GOMEZ ANTONIO
- ✓ EVALUADOR 3 : LIC. ENF. TORRES ALARCON HORTENCIA
- ✓ EVALUADOR 4 : LIC. NUT. CARDENAS VILLANUEVA CARLA M.
- ✓ EVALUADOR 5 : OBST. CARDENAS JANAMPA IDA
- ✓ EVALUADOR 6 : OBST. ESPINOSA MENDOZA TATIANA
- ✓ EVALUADOR 7 : OBST. BALBIN MEDINA GLORIA YOLANDA
- ✓ EVALUADOR 8 : OBST. ZAVALA VALDEZ GIOVANA ISABEL
- ✓ EVALUADOR 9 : OBST. LIPA ZOILA
- ✓ EVALUADOR 10 : LIC. ENF. GUTIERREZ CONTRERAS NEREO T.
- ✓ EVALUADOR 11 : LIC. ENF. CARDENAS MANCHA INES.
- ✓ EVALUADOR 12 : OBST. CASTRO LEON MAGDA





RESPONSABLE DE LOS MACROPROCESOS:

MACROPROCESOS	RESPONSABLES
DIRECCIONAMIENTO (DIR)	MC. ESPLANA BOZA HARDY
GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)	ING. SANTA CRUZ CHAMORRO EVANS JEAN
GESTION DE LA CALIDAD (GCA)	CD. DUEÑAS CAPCHA OLGA
MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCION (MRA)	LIC. ENF. BALVIN PALOMINO CAROL DORIS
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	ING. GAGO BELTRAN EUSEBIA CORINA
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)	MC. PALOMINO MERINO HAYDE VICTORIA
ATENCION AMBULATORIA (ATA)	MC. PALOMINO MERINO HAYDE VICTORIA
ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)	MC. GONZALES OTAIRO HECTOR DANNY
ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)	MC. MADRID DAVILA MARCEL JOSE
ATENCION QUIRURGICA (ATQ)	LIC. ENF. GARAY AQUINO MERCEDES
ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (ADT)	MC. RIVERA CASAÑO MARLENE ROSSANA
ADMISION Y ALTA (ADA)	TEC. ADM. MEZA VILCAPOMA FRANCISCO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)	BLGO. CHAVEZ BARRIGA JHON CHRISTIAN
GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)	Q.F. TUMIALAN AMANCAY EDITH EUGENIA
GESTION DE LA INFORMACIÓN (GIN)	TEC. INF. HUAMAN SEDANO RUSMEL
DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)	LIC. ENF. QUISPE MARTINEZ RAUL
MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)	P.S. SOTO SANTOS GABRIEL ALI
NUTRICION Y DIETETICA (NYD)	LIC. CARDENAS VILLANUEVA CARLA MARIA
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)	Q.F. TUMIALAN AMANCAY EDITH EUGENIA





GESTION DE EQUIPOS INFRAESTRUCTURA (EIF)	E BACH. SUAREZ ORELLANA JORGE LUIS
---	---

RECURSOS MATERIALES:

13 Copias de cada Manual que se entregara a cada grupo de evaluador interno:

- ✓ Manuales de listado de estándares de acreditación para II-1 – anexo 8
- ✓ Manuales de guía del evaluador para la acreditación.
- ✓ Materiales de escritorio:
 - Papel Bond 80 gr. T/A-4 02 millares.
 - Copia de las encuestas. De fuente de verificación
 - Lapiceros azul, rojo 24 lapiceros.
 - Lápiz 24 unidades.
 - Corrector 12 unidades.
 - Tóner para impresora 01 unidad
- ✓ Equipo de cómputo completo.
- ✓ Impresora.
- ✓ Refrigerios para los equipos conformados durante la autoevaluación y acreditación.

IX. RECURSOS FINANCIEROS:

Financiados por el Hospital Pampas.

X. ACTIVIDADES:

- Capacitación del proceso de Acreditación del personal responsable - Comité de evaluadores internos del Hospital Pampas (acta).
- Presentación del plan para la autoevaluación del Hospital Pampas.
- Solicitar La resolución de los evaluadores internos y comité de acreditación del Hospital Pampas.
- Reunión de capacitación de la acreditación a los responsables de la actividad a cargo del equipo de gestión de la calidad.
- Recopilación de materiales para la autoevaluación.
- Inicio de la Autoevaluación.
- Control de calidad de autoevaluación a cargo del comité de gestión de la calidad del hospital pampas.





- Monitoreo de la autoevaluación a cargo del equipo de evaluadores.
- Ingreso y procesamiento de datos.
- Informe preliminar del proceso de acreditación (autoevaluación).
- Solicitar la evaluación externa luego de Haber logrado el 85% mínimo de los estándares de acreditación para el segundo nivel de atención.
- Solicitar la resolución directoral de categorización y Acreditación del Hospital Pampas luego de Haber aprobado el proceso en el período establecido.

Composición de listado por categoría

Categoría	Macroprocesos	Estándares	Criterios
II-1	20	72	328

Cabe hacer mención que no se considera el macroproceso 8 de la atención extramural y el macroproceso 12 de docencia e investigación, por lo que se evalúan solo 72 estándares de los 78.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	MÊSES DE TRABAJO				
			J	J	A	S	D
1	Elaboración de plan de autoevaluación.	Equipo de evaluadores internos	X				
2	Aprobación de plan de trabajo	Dirección	X				
3	Sensibilización del personal responsable de UPS- capacitación al equipo de evaluadores	Equipo de evaluadores internos del hospital pampas y personal externo	X	X			
4	Distribución de fichas de listado de estándares de acreditación	Dirección	X	X			
5	Aplicación Del instrumento de autoevaluación (estándares) en el Hospital Pampas.	Equipo de evaluadores internos.			X		





6	Evaluación de los resultados obtenidos.	Equipo de evaluadores internos.				X	
7	Implementación de los planes de mejora continua.	Comité de Mejora continua de la calidad.				X	
8	Elaboración Del informe de autoevaluación.	Equipo de Evaluadores internos				X	
9	Control de calidad y procesamiento de información	Coordinador				X	X
10	Socialización de los resultados por macro procesos	Equipo de gestión de la calidad Hospital pampas				X	X
11	Solicitar EVALUACIÓN EXTERNA	Equipo de acreditación					X
12	Solicitar resolución directoral de categorización y re categorización de EESS de la red Tayacaja	Solicitar resolución directoral de categorización y Acreditación.					X

Cabe mencionar que las programaciones de las actividades pueden variar dependiendo de las necesidades y/o circunstancias que pudiera presentarse en el transcurso de los meses programados.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DURANTE LA AUTOEVALUACION POR MACROPROCESOS:

MACROPROCESO	MES DE EVALUACION – AGOSTO DEL 2021																					
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
DIRECCIONAMIENTO (DIR)	X																					
GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)		X	X																			
GESTION DE LA CALIDAD (GC)				X																		
MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION (MRA)					X	X	X															
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)																		X				
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)																				X	X	
ATENCION AMBULATORIA (ATA)															X	X						
ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)																X	X					
ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)																				X		


 GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
 HOSPITAL DE PUÑAS DE HUANCAMELICA
M.C. Hardy Esplana B.
 CMP: 072768
 DIR. CENTRAL EJECUTIVO





EQUIPO DE LOS EVALUADORES POR MACROPROCESO

MACROPROCESO	RESPONSABLE DEL MACROPROCESO	EVALUADORES INTERNOS
DIRECCIONAMIENTO (DIR)	MC. ESPLANA BOZA HARDY	LIC. RAMOS LAPA EFRAIN LIC. CONDORI QUISPE WALTER
GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)	ING. SANTA CRUZ CHAMORRO EVANS JEAN	LIC. RAMOS LAPA EFRAIN LIC. CONDORI QUISPE WALTER
GESTION DE LA CALIDAD (GCA)	CD. DUEÑAS CAPCHA OLGA	LIC. ENF. QUISPE RIVEROS ZARELA OBST. CARDENAS JANAMPA IDA
MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCION (MRA)	LIC. ENF. BALVIN PALOMINO CAROL DORIS	LIC. ENF. QUISPE RIVEROS ZARELA OBST. CARDENAS JANAMPA IDA
GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	ING. GAGO BELTRAN EUSEBIA CORINA	LIC. ENF. QUISPE RIVEROS ZARELA OBST. CARDENAS JANAMPA IDA
CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP)	MC. PALOMINO MERINO HAYDE VICTORIA	LIC. ENF. ZUÑIGA GOMEZ ANTONIO OBST. ESPINOSA MENDOZA TATIANA
ATENCION AMBULATORIA (ATA)	MC. PALOMINO MERINO HAYDE VICTORIA	LIC. ENF. ZUÑIGA GOMEZ ANTONIO OBST. ESPINOSA MENDOZA TATIANA
ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH)	MC. GONZALES OTAIRO HECTOR DANNY	LIC. ENF. ZUÑIGA GOMEZ ANTONIO OBST. ESPINOSA MENDOZA TATIANA
ATENCION DE EMERGENCIA (EMG)	MC. MADRID DAVILA MARCEL JOSE	LIC. ENF. TORRES ALARCON HORTENCIA OBST. ZAVALA VALDEZ GIOVANA ISABEL
ATENCION QUIRURGICA (ATQ)	LIC. ENF. GARAY AQUINO MERCEDES	LIC. ENF. TORRES ALARCON HORTENCIA OBST. ZAVALA VALDEZ GIOVANA ISABEL
ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (ADT)	MC. RIVERA CASAÑO MARLENE ROSSANA	LIC. ENF. TORRES ALARCON HORTENCIA OBST. ZAVALA VALDEZ GIOVANA ISABEL
ADMISION Y ALTA (ADA)	TEC. ADM. MEZA VILCAPOMA FRANCISCO	LIC. ENF. GUTIERREZ CONTRERAS NEREO T. OBST. LIPA ZOILA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR)	BLGO. CHAVEZ BARRIGA JHON CHRISTIAN	LIC. ENF. GUTIERREZ CONTRERAS NEREO T. OBST. LIPA ZOILA
GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD)	Q.F. TUMIALAN AMANCAY EDITH EUGENIA	LIC. ENF. GUTIERREZ CONTRERAS NEREO T. OBST. LIPA ZOILA
GESTION DE LA INFORMACIÓN (GIN)	TEC. INF. HUAMAN SEDANO RUSMEL	LIC. ENF. CARDENAS MANCHA INES. OBST. CASTRO LEON MAGDA
DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE)	LIC. ENF. QUISPE MARTINEZ RAUL	LIC. ENF. CARDENAS MANCHA INES. OBST. CASTRO LEON MAGDA
MANEJO DE RIESGO SOCIAL (MRS)	P.S. SOTO SANTOS GABRIEL ALI	LIC. ENF. CARDENAS MANCHA INES. OBST. CASTRO LEON MAGDA
NUTRICION Y DIETETICA (NYD)	LIC. CARDENAS VILLANUEVA CARLA MARIA	LIC. NUT. CARDENAS VILLANUEVA CARLA M. OBST. BALBIN MEDINA GLORIA YOLANDA
GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)	Q.F. TUMIALAN AMANCAY EDITH EUGENIA	LIC. NUT. CARDENAS VILLANUEVA CARLA M. OBST. BALBIN MEDINA GLORIA YOLANDA
GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF)	BACH. SUAREZ ORELLANA JORGE LUIS	LIC. NUT. CARDENAS VILLANUEVA CARLA M. OBST. BALBIN MEDINA GLORIA YOLANDA



CARTA DE INTENCION

LA JEFATURA DEL HOSPITAL DE PAMPAS EN CONCORDANCIA CON EL EQUIPO DE GESTION MANIFIESTA:

Siendo necesaria llevar a cabo el proceso de ACREDITACION en el HOSPITAL DE PAMPAS, de la Jurisdicción de la DIRESA HUANCVELICA, este establecimiento de salud del II Nivel de Atención, de categoría II-1, eleva la presente carta de intención, para la aprobación del inicio del proceso de acreditación, para lo cual ha conformado el **COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL DE PAMPAS**, reconocido mediante **Resolución Directoral N°259-2021/GOB.REG.HVCA/H.P-T** de fecha 16 de abril 2021; aceptando el compromiso de operativizar el conjunto de actividades programadas las cuales se adjunta al presente con el Plan de auto evaluación debidamente visada por La Jefatura Del Hospital De Pampas a la cual pertenecemos; así mismo mencionamos que este proceso se iniciara en el EESS ya citado.

N°	ESTABLECIMIENTO	NOMBRE DEL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	FECHA DE APLICACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN	FIRMA
1.	HOSPITAL DE PAMPAS	M.C. HARDDY ESPLANA BOZA	10 AL 30 DE AGOSTO DEL 2021	

Pampas, 09 de agosto del 2021.

c.c. archivo.


 GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
 HOSPITAL DE PAMPAS DE HUANCVELICA
M.C. Hardy Esplana Boza
 CMP-072766
 DIRECTOR EJECUTIVO

