



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Juliaca, 18 de Noviembre del 2021.

OFICIO N° 586 -2021- DIRESA-PUNO/RSSR-HCMM/D

SEÑOR:  
M.C. Juan Carlos Mendoza Velásquez  
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PRESENTE.-

ASUNTO: REMITO RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DEL AÑO 2021.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez remitir a su coordinación la Resolución de Aprobación del Plan de Autoevaluación del Hospital Carlos Monge Medrano del año 2021, el cual es un criterio de evaluación a cumplir, según la ficha N° 21 de Convenios de Gestión. A la vez cabe mencionar que el documento resolutivo se encuentra publicado en la Web Institucional de la Red de salud San Román, unidad ejecutora a la cual la IPRESS pertenece.

Adjunto respectivamente el documento respectivo según ficha técnica.

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a ud. Mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
RED DE SALUD SAN ROMÁN

M.C. Y ALCIDES CONDOR CARCASI  
CMP 69089 RNA A05076  
DIRECTOR  
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"



DIRESA PUNO  
DIRECCION DE CALIDAD EN SALUD  
CONTROL DE RECEPCION

23 NOV 2021

Hora: 11:59 Folio: 16

Recibido por: [Signature]

Dirección Regional de Salud - Puno  
TRAMITE DOCUMENTARIO

Hora 14:35  
18 NOV 2021

Firma: [Signature] Hora: 12:15 Folios: 16

Control de Recepción

GOBIERNO REGIONAL - PUNO  
DIRESA  
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS  
RECEPCION

Fecha: 22 NOV 2021  
Hora: 14:00 Folios: 16 N° 3128

Registro: [Signature]

Recibido por: [Signature]

"Somos una Red; Trabajando en Red"





**RED DE SALUD SAN ROMÁN**  
Hospital "Carlos Monge Medrano"  
Carretera Huancané Km. 2 - Juliaca  
Casilla 167 - Teléfono 321901



## Resolución Directoral

Juliaca, 15 de Noviembre del 2021

**Visto:** el MEMORANDUM Nº 845-2021-DIRESA-D-RED-SSR/DE., de fecha 10 de Noviembre de 2021, emitido por el Director Ejecutivo de la RED de Salud San Román. Referencia el Expediente con Registro Nº 018229-2021, de fecha 08 de Noviembre del 2021.- **Aprobar el PLAN DE AUTOEVALUACION del HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"-2021.;**

### CONSIDERANDO:

Qué, en amparo de la Normas Legales: **Ley 26842 "Ley General de Salud; Ley Nº 27657 "Ley del Ministerio de Salud" y su Reglamento Decreto Supremo Nº 013-2002-SA;**

Qué, Ley Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud, Ley Nº 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública, Decreto Supremo Nº 023-2005, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

Qué, **1.** Ley Nº 26790, "Ley de Modernización de la Seguridad Social" **2.** Ley Nº 26842, "Ley General de Salud". **3.** Ley Nº 27657, "Ley del Ministerio de Salud". **4.** Ley Nº 27783, "Ley de Bases de la Descentralización". **5.** Ley Nº 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública" **6.** Ley Nº 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud". **7.** Ley Nº 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales". **8.** Ley Nº 27972, "Ley Orgánica de Municipalidades" **9.** D. S. Nº 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud". **10.** D. S. Nº 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo". **11.** Resolución Presidencial Nº 026-CND-P-2005, que aprueba el "Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005-2009". NTS Nº 050 -MINS/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo **12.** R. M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el "Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales". **13.** R. M. Nº 235-2006-SA/DM, que aprueba los "Lineamientos para la formulación del Reglamento de Organización y Funciones de los Institutos". **14.** R. M. Nº 1263-2004/MINS/DGSP, que aprueba la Directiva Nº 047-2004-DGSP/MINS/DGSP-V.01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud". **15.** R. M. Nº 246-2006/MINS/DGSP, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud". **16.** R. M. Nº 519-2006/MINS/DGSP, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", Guía Técnica del Evaluador, para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos. - RM. Nº 270-2009/MINS/DGSP;

Qué, por Ordenanza Regional Nº 034-2006, se aprueba los Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional (ROF, CAP) de la Red de Salud San Román, por lo que es procedente emitir la respectiva Resolución Directoral;

En uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ministerial Nº 701-2004-MINS/DGSP, y en el Marco de la Delegación de Atribuciones por Resolución Ejecutiva Regional Nº 339-2016-PR-GR-PUNO, al Director Regional de Salud Puno;

Estando a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos y con la vización de la Dirección Ejecutiva de Administración de la RED de Salud San Román;

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.- Aprobar el PLAN de AUTOEVALUACION del HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"-2021 - RED de Salud San Román; correspondiente al periodo 2021.**

**ARTICULO 2°.- TRANSCRIBIR y Notificar** la copia de la presente Resolución, a los (las) servidores (as), para su conocimiento e instancias administrativas pertinentes y consignar en su Legajo de Personal.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.**

(Fdo.) Dr. Ismael Juan MAMANI HUARSAYA.- Director Ejecutivo de la Red de Salud San Román.  
Lo que transcribo a Ud. Para su conocimiento y demás fines de Ley.

Atentamente,

IJMHI/JFRS/MPL/clv.



Lic. Misullan Pacita Zapa  
JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS  
RED DE SALUD SAN ROMÁN





GOBIERNO REGIONAL  
PUNO

Dirección Regional  
de Salud Puno

Red de Salud San  
Román



# DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



**OFICINA DE GESTIÓN DE LA  
CALIDAD**

**2021**

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN**

**INDICE:**

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. JUSTIFICACIÓN.
- III. FINALIDAD.
- IV. OBJETIVOS.
- V. BASE LEGAL.
- VI. AMBITO DE APLICACIÓN.
- VII. CONTENIDO.
- VIII. RESPONSABILIDADES.
- IX. PRESUPUESTO.
- X. ANEXOS.



**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL**

**CARLOS MONGE MEDRANO – 2021**

**I. INTRODUCCIÓN:**

La Gestión de la Calidad es un principio básico de la atención en salud teniendo en cuenta que es uno de los pilares para la transformación del sistema de salud en los países; donde la finalidad es satisfacer las expectativas del usuario en la atención de salud y así minimizar los riesgos en la prestación de servicios. A la vez es necesario que los establecimientos de salud lo consideren como proceso permanente y continuo, teniendo como base que será la herramienta fundamental que transformará la evolución de la calidad de atención en salud.



Por otro lado, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se considera la acreditación como uno de los procesos más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad. En ese sentido, cabe mencionar que el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual ha sido validada con todos los subsectores prestadores del sistema de salud y oficializada como norma técnica mediante la Resolución Ministerial 456-2007 MINSAL el 06 de junio del 2007. La actual propuesta está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de funciones a las regiones, siendo una de ellas "negar o conferir la acreditación a partir del año 2007". En este contexto, resulta de suma importancia la implementación de la norma de acreditación en los diferentes establecimientos de salud del Ministerio de Salud, el cual incluye el listado de estándares a aplicar, y que responde a las necesidades de mejora de la calidad de los prestadores de servicios de salud.



## II. JUSTIFICACIÓN:

Teniendo en cuenta que la acreditación tiene como propósito garantizar la calidad y proveer acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, es que el Hospital Carlos Monge Medrano ha venido realizando periódicamente la realización de la Evaluación Interna y Externa respectivamente según la normativa por años consecutivos, con resultados que conllevaron a reuniones de análisis y toma de decisiones, acciones que ayudaron a desarrollar estrategias de mejora en la atención de salud.

Mencionada la importancia de la acreditación en los Establecimientos de Salud, el presente documento "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN – 2021" ha sido elaborado siguiendo los lineamientos del Plan de Gestión de la Calidad aprobada por Resolución Ministerial N° 596-2009/MINSA y la Política Nacional de Calidad en salud aprobada con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, los cuales regulan el proceso de Acreditación.



Es en ese sentido que el presente plan tiene por finalidad lograr la acreditación, donde se realizará actividades de la primera fase del proceso, que incluye que el Hospital Carlos Monge Medrano pasará por un proceso de evaluación interna según guía técnica por los evaluadores internos, para luego solicitar la evaluación externa respectivamente.

Cabe mencionar que el presente Plan de Trabajo también incluye aspectos organizativos y contempla la constitución de profesionales evaluadores internos, la ejecución de la autoevaluación según estándares definidos en el marco legal y la elaboración del informe final, a la vez la retroalimentación respectiva.

**III. FINALIDAD:**

Lograr que el Hospital Carlos Monge Medrano cumpla progresivamente con los estándares de evaluación correspondientes a su categoría en los diferentes macroprocesos para la acreditación.

**IV. OBJETIVOS:**

**OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el desempeño del Hospital Carlos Monge Medrano a través de los macro procesos establecidos, en cumplimiento a la primera fase del proceso de acreditación.

**OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

- Organizar y Planificar el proceso de Autoevaluación.
- Evaluar el nivel de cumplimiento según el listado de estándares en un Establecimiento de Salud II-2.
- Analizar los resultados obtenidos en la aplicación de los macro procesos.
- Implementar acciones de mejora en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación.



**V. BASE LEGAL:**

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud y sus Modificatorias".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- D. L. N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- D.S. N° 008- 2014-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo".



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Decreto Legislativo N° 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
- Ordenanza Regional N° 012 -2014/GRP-CRP y Ordenanza Regional N° 005 -2020/GRP-CRP, que aprueba los documentos técnicos normativos de Gestión Institucional (ROF, CAP) del Hospital Carlos Monge Medrano.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 270-2007/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación 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° 142-2007/MINSA "Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con funciones Obstétricas Neonatales.
- Resolución Directoral N° 181-2021-DE-RED-S-SR/URH que aprueba el "Comité de Acreditación y Evaluadores Internos del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2021"



**VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN:**

El presente plan es de aplicación y cumplimiento del personal que labora en los servicios y/o unidades del Hospital Carlos Monge Medrano.

**XI. METODOLOGÍA:**

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos, para lo cual harán uso del instrumento "Listado de Estándares de Acreditación" correspondiente al nivel II-2, contando con la participación activa del director, jefaturas, coordinadores y responsables de las UPS.

Se utilizarán diversas técnicas de evaluación, las cuales permitirán evidenciar y calificar los criterios de la lista de estándares de acreditación: Verificación y/o revisión de documentos, Observación, Entrevista, Encuestas y Auditoría.

Los siguientes constituyen los macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el Hospital Carlos Monge Medrano, los cuales son 22 macroprocesos para el nivel II-2, consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%):



RESUMEN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Macroprocesos	Estándares	Criterios de Evaluación
1. Direccionamiento	2	11
2. Gestión de recursos humanos	4	11
3. Gestión de la calidad	3	22
4. Manejo del riesgo de atención	8	50
5. Emergencias y desastres	3	21
6. Control de la gestión y prestación	2	15
7. Atención ambulatoria	4	17
8. Atención extramural	4	13
9. Atención de hospitalización	7	26
10. Atención de emergencias	3	14
11. Atención quirúrgica	4	24
12. Docencia e Investigación	2	15
13. Apoyo diagnóstico y tratamiento	3	11
14. Admisión y alta	4	16
15. Referencia y contrarreferencia	4	13
16. Gestión de medicamentos	3	15
17. Gestión de la información	3	14
18. Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	4	17
19. Manejo del riesgo social	2	6
20. Manejo de nutrición de pacientes	2	10
21. Gestión de insumos y materiales	2	8
22. Gestión de equipos e infraestructura	2	12
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>361</b>

**XII. RESPONSABILIDADES:**

El equipo de gestión. Los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el HCMM, son responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el Presente Plan.

**XIII. ANEXOS:**

**A. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:**

- Dr. Y. Alcides Condori Carcasi (Evaluador líder)  
Director del HCMM
- Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Guisell Cahuapaza Yana  
Jefe del Departamento de Enfermería
- Obsta. Zobeida Zevallos Valdez  
Jefe del Servicio de Obstetricia
- Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas  
Coordinadora de Convenios de Gestión

**B. EQUIPO DE ACREDITACIÓN:**

- Dr. Y. Alcides Condori Carcasi  
Director General (Coordinador)
- Dr. Guido Gutiérrez Mamani  
Jefe del Departamento de Medicina
- Dr. Percy R. Zela Campos  
Jefe del Departamento de Cirugía
- Dr. Johan Chambi Chipana  
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
- Dr. Davidson Apaza Salazar  
Jefe del Departamento de Pediatría
- Dra. Elena Trujillo Zevallos  
Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
- T.M. Julieta Mendoza Mamani  
Jefe del Departamento de Patología Clínica
- Dr. Wilfredo Calcina Vanegas  
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes
- Dr. Luis Rosado Tejada  
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Lic. Henry A. Calla Roque  
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética





## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

- Dr. Wilber Ticona Arapa  
Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos
- Q. F. Sandra Pérez Valencia  
Jefe del Departamento de Farmacia
- Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
- Lic. Godo J. Mamani Vásquez  
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Lic. Miriam J. Rodríguez Oviedo  
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Lic. Danitza Machicao Angles  
Jefe del Departamento de Servicio Social
- Lic. Guisell Cahuapaza Yana  
Jefe del Departamento de Enfermería
- C.P.C. Indalecio Huaranca Quino  
Jefe de la Oficina de Economía
- Sr. Mauro Quilli Mayta  
Jefe de la Oficina de Logística
- Ing. Ricardo Quispe Bustincio  
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- Lic. Jhony H. Rossello Gonzáles  
Jefe de la Oficina de Comunicaciones



## DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

## C. Cronograma de actividades para la Autoevaluación A

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	MESES					
			AGOS. 2021	SEP. 2021	OCT. 2021	NOV. 2021	DIC. 2021	ENE 2022
Reunión para la conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación.	Acta de Reunión	Oficina de Gestión de la Calidad	X					
Conformación del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos.	Acto Resolutivo	Oficina de Gestión de la Calidad	X					
Difusión del Equipo de Acreditación y Equipos de Evaluadores Internos.	Publicación en la Web Institucional	Oficina de Gestión de la Calidad	X					
Elaboración del plan de Autoevaluación del año 2021.	Acto Resolutivo	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad		X				
Difusión del plan de Autoevaluación del año 2021.	Publicación en la Web Institucional	Oficina de Gestión de la Calidad			X			
Inicio de Autoevaluación	Documento Oficial de Comunicación	Dirección y Oficina de Gestión de la Calidad				X		
Procesamiento de datos	Sistema de Información	Oficina de Gestión de la Calidad					X	
Análisis de resultados	Acta de Reunión	Equipo de Acreditación y Oficina de Gestión de la Calidad					X	
Informe Técnico Final de Autoevaluación	Informe	Comité de Autoevaluación						X



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

D. Cronograma de actividades para la Autoevaluación B

Responsable por Sub Equipo	MACROPROCESOS	Equipos de Evaluadores Internos	NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
			3ra sem	4ta sem	1ra sem	2da sem
Dr. Y. Alcides Condori Carcasi	Direccionamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Y. Alcides Condori Carcasi</li> <li>• Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez</li> <li>• Lic. Guisell Cahuapaza Yana</li> <li>• Obsta. Zobeida Zevallos Valdez</li> <li>• Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas</li> </ul>	X			
	Gestión de Recursos Humanos		X			
	Gestión de la Calidad		X			
	Manejo del Riesgo de Atención		X			
	Emergencias y Desastres		X			
Dra. Yamileth K. Valencia Enríquez	Control de la Gestión y Prestación			X		
	Atención Ambulatoria			X		
	Atención Extramural			X		
	Atención de Hospitalización			X		
	Atención de Emergencias			X		
Lic. Guisell Cahuapaza Yana	Atención Quirúrgica				X	
	Docencia e Investigación				X	
	Apoyo Diagnóstico y Tratamiento				X	
	Admisión y Alta				X	
Obsta. Zobeida Zevallos Valdez	Referencia y Contrareferencia				X	
	Gestión de Medicamentos				X	
	Gestión de la Información					X
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización					X
Lic. Glenys Mariela Ito Ruelas	Manejo de Riesgo Social					X
	Manejo de Nutrición de Pacientes					X
	Gestión de Insumos y Materiales				X	
	Gestión de Equipos e Infraestructura				X	

Lider del Equipo de Evaluadores: Dr. Y. Alcides Condori Carcasi





E. Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento de Salud :

\_\_\_\_\_

Macroproceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es): \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

Servicios evaluados :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código del Estándar: \_\_\_\_\_



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

F. HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluador(es) : \_\_\_\_\_  
Fecha : \_\_\_\_\_  
Servicios evaluados : \_\_\_\_\_



Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones

G. MATRIZ DE SELECCIÓN

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

