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

# RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 251 -2021-GR-CAJ-DRS/HRDC-DG

Cajamarca, 25 de Noviembre del 2021

**VISTO**

El Memorándum N° 825-2021-GR.CAJ.DRS/HRDC-DG., de fecha 25 de noviembre del 2021, mediante el cual Dirección General dispone proyectar Resolución de Aprobación del "Plan de Autoevaluación en el Marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud del año 2021 del Hospital Regional Docente de Cajamarca"; Oficio N° 164-2021-GR.CAJ.DRS/HRDC/OGC de fecha 24 de noviembre, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

**CONSIDERANDO**

Que, la Ley General de Salud – Ley N° 26842, en sus artículos I y II del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 37° de la Ley N° 26842- indica que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, el Decreto Legislativo N° 1161 – Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en su artículo 5° regula las funciones rectoras del Ministerio de Salud, siendo que en el literal c) establece como función rectora: Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria. Del mismo modo tiene como función específica y compartida, lo regulado en el literal c, e y f del artículo 6°: c) Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas en materia de promoción de la salud; e) Formular y proponer políticas, lineamientos, estrategias y normas técnicas para el cumplimiento de los fines y objetivos en el marco de las políticas nacionales desarrolladas por el Estado; f) Fortalecer la capacidad institucional de planificación en salud;

Que, mediante Resolución Directoral N° 519-2006/MINSA, se aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", tiene como finalidad: contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios medico de apoyo: Como objetivo tiene: Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02, se aprobó la 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;

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN GENERAL

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

# RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 251 -2021-GR-CAJ-DRS/HRDC-DG

Cajamarca, 25 de Noviembre del 2021

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Oficio N° 164-2021-GR.CAJ.DRS/HRDC/OGC, de fecha 24 de Noviembre del 2021, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad, solicitando se aprueba mediante acto resolutivo el Plan de Autoevaluación en el Marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud del año 2021 del Hospital Regional Docente de Cajamarca;

Que, mediante Memorándum N° 825-2021-GR.CAJ.DRS/HRDC-DG., de fecha 25 de noviembre del 2021, mediante el cual Dirección General dispone proyectar Resolución de Aprobación del Plan de Autoevaluación de Estándares de Calidad del Hospital Regional Docente de Cajamarca;

Que, estando a lo dispuesto por la Dirección General; con las visaciones de la Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Personal, Oficina de Planeamiento Estratégico y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional Docente de Cajamarca; y en uso de las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización, Ordenanza Regional N° 007- 2010-GR-CAJ-GR., que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Docente de Cajamarca y Resolución Directoral Regional Sectorial N° 027-2021-GR.CAJ/DRS-OE.GD.RR.HH, de fecha 27 de enero del 2021;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR** el "Plan de Autoevaluación en el Marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud del año 2021 del Hospital Regional Docente de Cajamarca", el mismo que consta de la siguiente estructura: I. Introducción; II. Justificación; III. Finalidad; IV. Objetivos; V. Alcance; VI. Base Legal; VII. Metodología; VIII. Cronograma de Actividades y IX. Anexos, con un total de 11 folios.

**ARTÍCULO SEGUNDO: ENCARGAR** por intermedio de Secretaria General la notificación de la presente resolución a las Oficinas correspondientes, para conocimiento y fines de Ley.

**ARTICULO TERCERO: DISPONER** la publicación de la presente resolución en la página web de la institución.

**REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE Y COMUNÍQUESE**

**CADC-DG-HRDC/PACM-OGC/JERV-AL**
**Distribución:**
- Dirección General
- Oficina de Administración.
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Personal
- Oficina de Asesoría Legal
- Archivo.
- Adjunta expediente original (folios 13)

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
M.C. Carlos Alberto Delgado Cruces
Director General
Hospital Regional Docente Cajamarca
CMP: 20606 RNE:11273

Oficina de Gestión de la Calidad

# HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

## 2021

Dr. Carlos Delgado Cruces

**DIRECTOR GENERAL**

Dra. Ana María Cecilia Pérez Salazar

**SUB-DIRECTORA GENERAL**

Dra. Patricia Anell Cueva Marín

**JEFE OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**EQUIPO EVALUADOR INTERNO**

Dra. Patricia Anell Cueva Marín (evaluador líder)

Dr. Roy Kenny Florián García

Lic. Enf. Angélica Pajares Alcalde

Lic. Enf. Susana del Rosario Rodríguez Peralta

Lic. Soc. Miriam Alejandrina Galarreta Villegas

INDICE


I. INTRODUCCIÓN ..... 4

II. JUSTIFICACIÓN ..... 5

III. FINALIDAD ..... 6

IV. OBJETIVOS ..... 6

V. ALCANCE ..... 6

VI. BASE LEGAL ..... 6

VII. METODOLOGÍA ..... 7

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ..... 10

IX. ANEXOS ..... 11


HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA

# I. INTRODUCCIÓN

Entre los Lineamientos de Política Sectorial se promueve que es un derecho acceder a un servicio de salud de calidad, como condición indispensable del desarrollo humano; en ese sentido, consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

En ese contexto, mejorar la calidad de un servicio no es una acción del momento, es un proceso permanente y requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo este sostenible en el tiempo; en ese sentido, como parte del fortalecimiento de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud normado por el MINSA, el presente Plan de Autoevaluación del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por un equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar acerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos, en base a estándares de calidad definidos por el ente rector nacional, para sugerir procesos de mejora continua de la calidad.

Las actividades previstas en el presente Plan de Autoevaluación, que constituye la primera fase del proceso de Acreditación, han sido programadas con el propósito, en primer término, de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios y, en segundo término, fortalecer los procesos actuales; teniendo como objetivo la implementación y mejora de los estándares y criterios evaluados, y como fin último la Acreditación de nuestro hospital, como principal garantía de una atención de calidad.

Por lo tanto, los aspectos registrados y valorados serán informados a la máxima autoridad institucional y socializados con todas las jefaturas de servicios asistenciales y áreas administrativas, para promover la toma de decisiones más adecuadas en busca de la mejora continua del proceso de atención de salud que brindamos.

Equipo Evaluador Interno

## II. JUSTIFICACIÓN

La Acreditación se basa en el principio básico de comparar una institución con una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño "ideal" que debe tener una institución en un momento dado y en unas condiciones específicas. Es así que la acreditación se puede constituir en un excelente mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

Para tal fin, en el marco del Lineamiento de Política del Sector Salud, el Ministerio de Salud aprobó la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, por lo que al Hospital Regional Docente de Cajamarca conformando un Equipo Evaluador Interno, le corresponde la evaluación del nivel de cumplimiento de estos estándares de calidad, para el fortalecimiento de los servicios y posterior acreditación de los mismos.

Basado en las exigencias de la norma técnica y necesidades institucionales, el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2019 realizó la Autoevaluación en el marco de la Acreditación, obteniendo como resultado lo siguiente:

| Establecimiento | HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA |
|---|---|
| **Fase** | Auto Evaluación |
| **Evaluador Líder** | Dra. Ana Pérez Salazar |
| **Evaluadores Internos** | Econ. Wilson Vargas Cubas<br>Lic. Elizabeth Mondragón Arroyo<br>Lic. Susana Rodríguez Peralta<br>TAP Saúl Cabanillas Velásquez<br>Obst. Mariela Chávez Aldave |
| **Fecha Inicio** | 16/09/2019 |
| **Fecha Final** | 01/10/2019 |
| Resultado Global | 186.42 Puntos -> 31% |

| Código Categoría | Categoría | Puntaje | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| GER | Gerencial | 69.41 | 32.86 % |
| PRE | Prestacional | 77.21 | 31.98 % |
| APO | Apoyo | 39.80 | 26.38 % |

Fuente: OGC- HRDC

Habiendo obtenido un resultado de 31%, que es No Aprobatorio, corresponde efectuar en el presente año la Autoevaluación con el objetivo de realizar la comparación del desempeño de nuestra institución como prestadora de servicios de salud contra estándares de calidad, debido a que se entiende que los establecimientos de salud acreditados cuentan con la capacidad de brindar atenciones de calidad.

## III. FINALIDAD

Valorar los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos del Hospital Regional Docente Cajamarca, en base a estándares de calidad definidos por el ente rector nacional, para establecer procesos de mejora continua de la calidad.

## IV. OBJETIVOS

**4.1 General:**

Determinar el nivel de cumplimiento de Estándares de Calidad, en el marco de la Acreditación, en base a los Macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo definidos por el Ministerio de Salud, en los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

**4.2 Específicos:**

- Organizar y establecer acciones para el proceso de autoevaluación como mecanismo de gestión de la calidad en el HRDC.
- Fortalecer y facilitar instrumentos y metodologías para estandarizar el proceso de autoevaluación.
- Establecer una programación para la ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de Autoevaluación del HRDC.

## V. ALCANCE

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Cajamarca, es de aplicación en todas las unidades orgánicas que constituyen la institución, para lo cual los evaluadores internos implementarán el proceso establecido en el presente documento.

## VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud".
- D.S. N° 013-2006 - SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- R.M. N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

- Resolución Ministerial Nro. 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nro. 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02. Anexo 3. "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-2 y Servicio Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nro. 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo-V.02".

## VII. METODOLOGÍA

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 estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y generan ciclos de mejoramiento continuo.

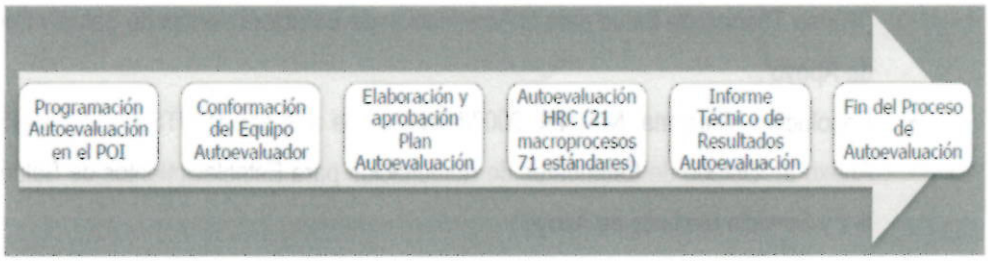
**A. Autoevaluación:**

Es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, para la cual el Equipo Evaluador Interno, previamente capacitado, hace uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud Categoría II-2; procediendo a realizar una evaluación interna, determinando el nivel de cumplimiento de estándares y criterios, identificando fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. Esta fase se ejecuta mínimo una vez al año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

Para el cumplimiento de este proceso se siguen los siguientes pasos:

- Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional 2021.
- Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador Interno.
- Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación.
- Reunión de apertura y revisión de Listado de Estándares de Acreditación para EESS II-2.
- Comunicación del Inicio de Autoevaluación.
- Ejecución del Plan de Autoevaluación: Verificación del cumplimiento de estándares.
- Calificación de la autoevaluación.
- Reunión de cierre y revisión de resultados por el Equipo Evaluador Interno.
- Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación.

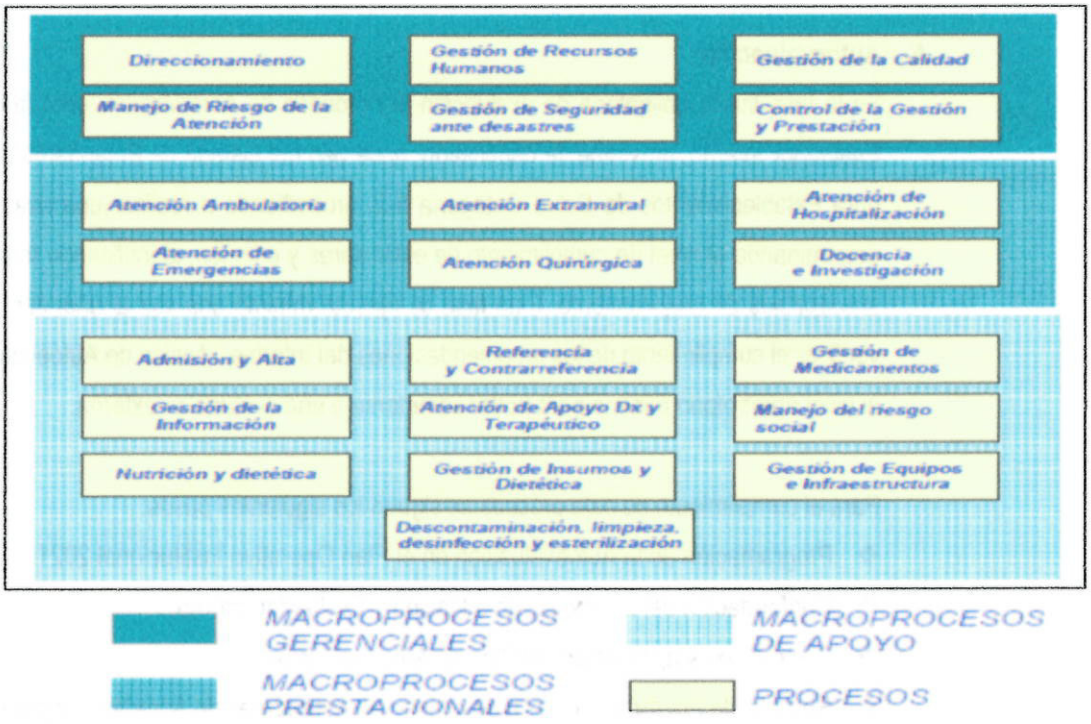
Figura N° 01. Metodología de Evaluación




**B. Macroprocesos:**

El listado de Estándares de Calidad para la Acreditación, están organizados en 22 Macroprocesos, de los cuales le corresponde al HRDC evaluar 21 de ellos, es decir todos a excepción del Macroproceso Atención Extramural, como se muestra a continuación:

Figura N° 02. Listado de Macro Procesos




**C. Técnicas Evaluativas:**

Las técnicas a utilizar para la Autoevaluación son:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud como planes, oficios, informes, memorándum, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica, se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditoria:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se alinea a las normas o criterios preestablecidos.



**D. Instrumentos y Herramientas:**

Para realizar el proceso de Autoevaluación se hará uso de lo siguiente:

- Listado de Estándares de Acreditación para EESS categoría II-2.
- Guía Técnica del Evaluador.
- Formatos de Evaluación: hoja de registro de datos y hoja de recomendaciones.
- Aplicativo de Acreditación MINSA para el registro de resultados.

**E. Perfil y Responsabilidades del Evaluador Interno:**

- Haber recibido formación como evaluador para la acreditación de servicios de salud.
- Tener solvencia moral que garantice las mejores condiciones individuales para cumplir con la 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 y 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.

# VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL MARCO DE LA ACREDITACIÓN - HRDC 2021**

| ACTIVIDADES | RESPONSABLE | NOVIEMBRE | | | | | | | | DICIEMBRE | | | | | | | | | | | | | | | | ENERO | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 15 | 16 | 22 | 23 | 25 | 26 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 6 | 9 | 10 | 13 | 14 | 15 | 17 | 20 | 21 | 22 | 28 | 29 | 30 | 4 | 5 | 7 | 10 | 11 | 12 | 17 | 18 | 19 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| Reunión del Equipo Evaluador Interno para designación del Evaualdor líder y elaboración del Plan de Autoevaluación | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentacion del Plan de Autoevaluación a la Dirección | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aprobación del Plan de Autoevaluación | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Designación de responsables por cada macroproceso | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Socialización del Plan a Jefes de servicio, áreas y personal | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión del Equipo Evaluador Interno para la revisión final del Listado de Estándares de Calidad | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comunicacion de inicio de Autoevaluación | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Macroporcesos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Direccionamiento | Dra. Pérez<br>Lic. Galarreta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de la Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manejo del Riesgo de la Atención | Dr. Florián<br>Lic. Pajares<br>Lic. Rodriguez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emergencias y Desastres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control de la gestión y prestación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención ambulatoria | Dra. Cueva<br>Dr. Florián | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención de Hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención de Emergencias | Dra. Cueva<br>Dr. Florián<br>Lic. Pajares | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Docencia e Investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención Quirúrgica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento | Lic. Pajares<br>Lic. Rodriguez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Admision y alta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia y Contarreferencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de medicamentos | Dr. Florián<br>Lic. Pajares | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esterilización, lavandería y limpieza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manejo del riesgo social | Lic. Rodriguez<br>Lic. Galarreta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manejo de nutrición de pacientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de insumos y materiales | Lic. Pajares<br>Lic. Galarreta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de equipos e infraestructura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | Lic. Rodriguez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | Lic. Pajares | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de infome preliminar | Dr. Florián | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión y corrección del informe | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del informe a la Dirección | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Socialización de resultados | Dra. Cueva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## IX. ANEXOS

### ANEXO N° 1: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

---

MACROPROCESO:.....

EVALUADOR(es):

.....

.....

.....

FECHA:.....

SERVICIOS EVALUADOS:

.....

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN:

.....

.....

.....

CODIGO ESTÁNDAR:.....

| Código de criterio de evaluación | Puntaje | Fuente auditable | Técnica utilizada | Sustento del puntaje/comentarios |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## ANEXO N° 2: HOJA DE RECOMENDACIONES

EVALUADOR (ES):.....

.....

.....

FECHA:.....

SERVICIOS EVALUADOS:

.....

| Código de criterio de evaluación | Observaciones | Recomendaciones |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |