MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES"

Nº 039 -2022-SA-DG-HNSEB

REPÚBLICA DEL PERÚ

RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 01 MAR. 2022

VISTO: El Expediente N°002153-2022, con la Nota Informativa N°019-OGC-HNSEB-2022 de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N°26842 Ley General de Salud, establece que: "*La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.*", asimismo, el numeral VI señala que: "*Es 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, el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N°013-2006-SA, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica en 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;

Que, asimismo, la citada Norma establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "*Fase inicial obligatoria de evaluación proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento*";

Que, con Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA se aprueba 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, y su objetivo el de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo 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; asimismo, señala que la acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los de servicios de un establecimiento de salud, y la finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud;

HOSP. NAC. SERGIO E. BERNALES - DIRECCION ADMIN.

HOSP. SERGIO E. BERNALES - OF. EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES - OFICINA DE ASESORIA JURIDICA - V°B° J. ZUÑIGA B

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante la Nota Informativa N°019-OGC-HNSEB-2022 de fecha 10 de febrero de 2022, remite a la Dirección General, el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales - 2022, el cual tiene como objetivo conocer el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación correspondientes a la categoría III-1;

Que, con la Nota Informativa N°024-2022-OEPE-HNSEB de fecha 23 de febrero de 2022, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que ha revisado el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales - 2022 y emite opinión favorable ya que se encuentra elaborado acorde a la normatividad vigente y las actividades operativas están consignadas en el Plan Operativo Institucional Anual POI 2022 del Hospital Nacional Sergio E. Bernales;

De conformidad con el numeral 72.2 del Artículo 72° del TUO de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, señala que "*Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia*";

Que, a mérito de los fundamentos expuestos en los considerandos anteriores, resulta pertinente emitir el acto resolutivo que apruebe el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2022;

En uso de las facultades conferidas en el Artículo 11° Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM, modificado por R.M. N°512-2004-MINSA, R.M. N°343-2007-MINSA y R.M. N°142-2008; y con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – 2022**, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2022, aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°. - DISPONER, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".

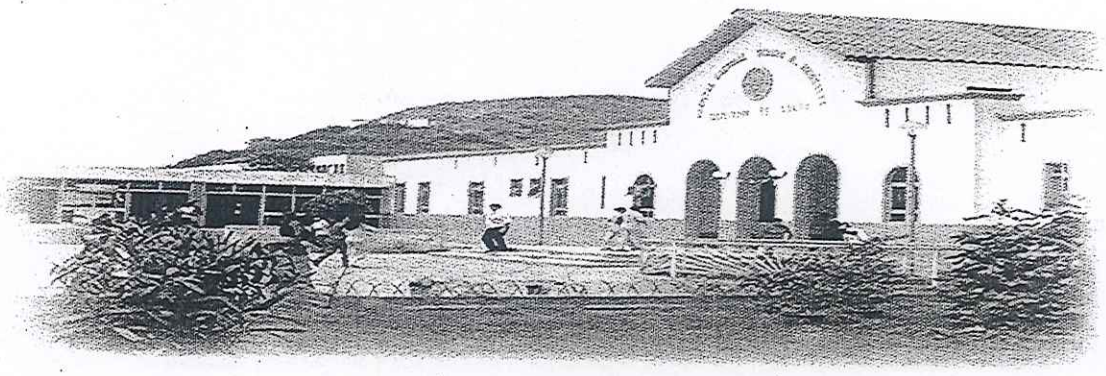
Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Mg. ORLANDO HERRERA ALANIA
DIRECTOR GENERAL
CMP. 26426

OFHA/SAHM/MACC/JLZB/svch
DISTRIBUCIÓN:
( ) Dirección General
( ) Dirección Adjunta
( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
( ) Oficina de Gestión de la Calidad
( ) Oficina de Asesoría Jurídica
( ) Oficina de Comunicaciones

J. ZUÑIGA B.



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES.

OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

2022

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

LIMA - PERÚ

Oficina de Gestión de la Calidad del HNSEB

Dr. Orlando Fortunato Herrera Alania

DIRECTOR GENERAL DEL HNSEB

Dr. Santiago Antonio Herrera Morales

SUB DIRECTOR GENERAL

Lic. Verónica Judith Carbajal Gómez

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Secretaria

Sra. Marisol Melgar Galiano

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

INDICE

INTRODUCCION

I. JUSTIFICACION.....5

II. OBJETIVOS.....5

III. ALCANCE.....6

IV. BASE LEGAL.....6

V. DISPOSICIONES GENERALES.....7

VI. METODOLOGIA.....8

VII. RESPONSABILIDADES.....9

VIII. FECHA DE EJECUCION.....10

IX. FINANCIAMIENTO.....10

X. INDICADORES.....11

XI. EVALUADORES.....11

XII. ANEXOS.....12

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad de un servicio no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo, en ese sentido el presente Plan de Evaluación Interna 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 sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

De otro lado en el contexto actual de la pandemia del coronavirus, la ejecución del proceso de la autoevaluación ser verá limitada. Sin embargo se presenta el plan de autoevaluación a fin de que la Dirección General evalúe la operatividad de dicho proceso, ya que los actores son todos los jefes y trabajadores de la institución.

Finalmente, los aspectos registrados y valorados serán informados a la máxima autoridad institucional y socializados con los miembros de los evaluadores internos para promover la toma de decisiones más adecuados.

Las actividades previstas en el Plan de Evaluación Interna, 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.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

I. JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud ha dispuesto, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, la realización del proceso de acreditación como una exigencia para todos los establecimientos de salud a nivel nacional. Dicho proceso se ejecutará en el marco de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NST W 50-MINSA-DGSP: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Esta norma técnica señala dos fases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa. La autoevaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los procesos de los servicios de salud, de esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios ' de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.
La evaluación interna también denominada autoevaluación, brinda a la Alta Dirección del hospital un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afectan a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, para luego, desplegar acciones de mejora a ejecutar durante el presente año

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación correspondientes a la categoría III-1

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales.

- Establecer como Indicador de Desempeño y Compromiso de Mejora al Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los EESS para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar. Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 21 macro procesos por parte del Hospital Sergio E. Bernales.
- Proyectos de mejora que permitan mejorar la calidad de nuestra atención.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de establecimientos de Salud.

III. ALCANCE

El alcance del Plan de autoevaluación para la Acreditación abarca a todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales.

IV. BASE LEGAL

1. Ley No 26842, Ley General de Salud.
2. Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27444, Ley general de Procedimientos administrativos
4. Decreto Supremo N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
5. Decreto Legislativo N° 1158- 2013, capitulo II, que aprueba las Funciones Generales de la Superintendencia Nacional de Salud.
6. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
7. Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSA que aprueba la Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo.
8. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
10. RM N° 468-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para el Estudio del Clima Organizacional-V.02"
11. RM N° 795-2003-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
12. Resolución Directoral N° 406-2021-SA-DG-HNSEB que aprueba el Documento Técnico, para la aprobación del Plan Operativo institucional anual 2022.

V. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso de Acreditación del Hospital Sergio E. Bernales comprende dos fases: la autoevaluación y evaluación externa, realizada por el Equipo de Evaluadores Internos reconocidos con Resolución Directoral y externos respectivamente.

2. La autoevaluación deberá alcanzar el resultado final del 85% para solicitar la evaluación externa para la acreditación del Hospital.

3. La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares ya definidos por el Ministerio de Salud y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

4. El Equipo de Acreditación y la Oficina de Gestión de la Calidad son los que comparten responsabilidades para el desarrollo de la acreditación a través de la Autoevaluación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

5. Los Evaluadores Internos aplicaran el Listado de Estándares de Acreditación.

6. El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

VI. METODOLOGÍA

6.1 Técnicas de Evaluación

a. **Verificación/Revisión de documentos:** Requerir a las unidades orgánicas las facilidades para acceder a su información y analizar los registros e informes, mapa de procesos, etc.

b. **Observación:** Permite seguir la manera de como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.

c. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

d. **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

e. **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

6.2 Instrumento a Utilizarse

El instrumento que se empleará durante la auto-evaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación que consta de 21 macroprocesos.

6.3 Proceso de Ejecución

La autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud de nuestro establecimiento. El Equipo de Evaluadores Internos trabajará en estrecha

coordinación con la Dirección General del Hospital y el Equipo de Acreditación; siguiendo la siguiente metodología:

1. Coordinaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad con la Dirección General para iniciar la Autoevaluación 2022 para la Acreditación
2. Conformación y/o ratificación con Resolución Directoral del Equipo de Acreditación.
3. Selección y/o ratificación con Resolución Directoral del Equipo de Evaluadores Internos.
4. Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2022
5. Revisión del Listado de los estándares y la distribución de los macro procesos por servicios y oficinas.
6. Capacitación y/o actualización de los Evaluadores Internos
7. Comunicación del inicio de la Autoevaluación al MINSA, Dirección General de Salud de las Persona y las Oficinas y Servicios del Hospital.
8. Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HSEB: visita de Evaluación a los Departamentos, Servicios y Oficinas será en un periodo de 12 días hábiles, a partir de las 08:00 horas hasta las 13:00 horas en el mes de Octubre del 2022.
9. Ejecución de la Autoevaluación.
10. Ingreso de Datos en el Aplicativo Acreditación V 1.0
11. Análisis y evaluación de Datos.
12. Elaborar del Informe Técnico de la Evaluación y remitir al a Dirección General Remitir a MINSA, Dirección General de Salud de las Persona y las Oficinas y Servicios del Hospital

VII. Responsables:

- Dirección general
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Equipo de Acreditación
- Equipo de Evaluadores Internos
- Jefes de Departamentos, Servicios y/o Oficinas

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

VIII. FECHA DE EJECUCION

Del 11 al 29 de Octubre 2022

IX. FINANCIAMIENTO:

9.1 Financiamiento: Presupuesto Recursos Ordinario

9.2 Recursos Materiales:

CANTIDAD	PRODUCTO	PRESUPUESTO
100	Fólderes	25.00
50	Lapiceros	40.00
50	Lápices	50.00
4000	Hojas bond a-4	100.00
20	Tableros de Acrílico	261.00
10	CD´s	15.00
500	Fotocopias anilladas	60.00
150	Trípticos	40.00
02	Banner	100.00
50	Micas para fotochek	25.00
50	Faster	6.00
01 Rollo	Cola de Ratón	15.00
200	Vasos, cucharas, bolsas y servilletas descartables	40.00
270	Break para 30 evaluadores Internos en 15 días	810.00
	TOTAL	**1587.00**

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

9.3 Equipos:

Equipo de Cómputo, fotocopiadora, data, ekran.

9.4 Recurso Humano:

18 Evaluadores Interno reconocidos con RD.

X. INDICADORES

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:				
CONCEPTOS	**PARAMETROS**			
INDICADOR	Proporción de cumplimiento de estándar de autoevaluación			
FORMA DE CÁLCULO	N° total de Criterios evaluado con puntaje máximo de cumplimiento x 100/ Total de Criterios a evaluar con puntaje máximo de cumplimiento			
DATOS HISTÓRICOS	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
	66%	66%	No se realizó por Pandemia Covid-19	70%

XI. EVALUADORES

11.1. MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN (RM N° 270-2009/MINSA)

Director General del HNSEB	Presidente
Director Adjunto	Miembro
Jefa de la Oficina de Gestion de la Calidad	Miembro
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico	Miembro
Jefe de Servicios Generales	Miembro

Miembros del Equipo de Acreditación, con Resolución Directoral por aprobar.

11.2. AUTOEVALUADORES INTERNOS DEL HNSEB

Evaluadores Internos del Hospital Sergio E. Bernales, con Resolución Directoral por aprobar.

11.3. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Lic. Veronica Judith Carbajal Gomez	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Sra. Marisol Melgar Galiano	Secretaria

XII. ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACION 2022

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE
		FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	
1.ELABORACION DEL PLAN DE ACREDITACION HOSPITALARIA														
Conformación del Comité de Acreditación	Informe		X											DIRECCION OGC
Elaboración y Aprobación del Plan de Acreditación- 2022 en el HSEB.	Resolución Directoral		X											OGC-Comité de Acreditación
RD Comité de Autoevaluación del HSEB.	Documento													
Fortalecer la capacidad técnica de los autoevaluadores.	Memorando					X				X				OGC
Desarrollo de la autoevaluación interna como parte del proceso de acreditación de establecimiento de salud.	Documento													
Difusión y Socialización del Documento Técnico: En los Dpto. y Servicios Asistenciales y Oficinas.	Memorando							X						OGC, Departamento, Servicios. Oficinas.
2. EJECUCION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION	Norma Tec. Nº 050													
Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HNSEB.	Informe									X	X			OGC, Departamentos, Servicios, Oficinas.
Control de calidad de los macro procesos desarrollados del proceso de evaluación											X			OGC-Comité de Acreditación

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

interna, ingreso, procesamiento y análisis de datos de la evaluación.														
3. ANALISIS Y DIFUSION DE LOS RESULTADOS	Informe													
Realizar el informe de los resultados del proceso de evaluación interna en el HNSEB.	Informe											X		OGC-Comité de Acreditación
Dar a conocer los resultados a la dirección, MINSA, DIRIS LIMA NORTE, Jefes de los Dpto. Servicios y Oficinas.												X		OGC-Comité de Acreditación
4. IMPLEMENTAR PROYECTOS DE MEJORA	Informe													
Realizar el Plan de intervención de acuerdo a los resultados del proceso de autoevaluación interna realizado en el HNSEB.	Informe												X	OGC, Dpto, Serv. Oficinas.
Monitoreo y Evaluación del Plan de Intervención con las acciones de mejora													X	OGC, Dpto, Serv. Oficinas.

MINISTERIO DE SALUD
GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

PROCESO DE AUTOEVALUACION 2022

ANEXO N° 2 REGISTRO DE DATOS PARA LA AUTOEVALUACION

MACROPROCESO: .....

SERVICIOS EVALUADOS: .....

PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:.....

CODIGO DEL ESTANDAR: .....

FECHA:.....

CODIGO DEL CRITERIO DE EVALUACION	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLE	TECNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE/ COMENTARIOS

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

PROCESO DE AUTOEVALUACION 2022

ANEXO N° 4 RECOMENDACIONES

EVALUADORES: .....

.....

.....

SERVICIOS EVALUADOS: .....

FECHA:.....

MACROPROCESOS	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES