



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 08 JUN. 2023

Visto: El Expediente N° 10995-2021, con la Nota Informativa N° 089-OGC-HNSEB-2023, de la Oficina de Gestión de Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes; y,

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, dispone que *"La protección de la Salud es de interés público. Por tanto, es de 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"*;

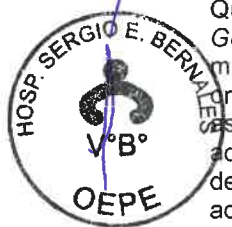
Que, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V-02- *"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento 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 objetivos 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 establecimientos 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;



Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" 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° 089-OGC-HNSEB-2021 de fecha 17.MAY.2023, remite a la Dirección General, el "Plan de Autoevaluación para acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2023", 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° 124-2023-OEPE-HNSEB de fecha 26.MAY.2023, el Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, accionando la Nota Informativa N° 008-2023-EP-OEPE-HNSEB del Equipo de presupuesto y Costos y el Informe N° 017-2023-EP/OEPE-HNSEB del Equipo de Planificación, por el cual informan que revisado el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2023", cuenta con el financiamiento necesario para la ejecución de sus actividades y por otro lado se encuentra elaborado acorde a la normatividad vigente y las actividades operativas están consignadas en el Plan Operativo Institucional Anual POI 2023 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 y reuniendo las condiciones de financiamiento, resulta pertinente emitir el acto resolutorio que apruebe el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 20232;

Que, en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales" aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA.DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007- MINSA y R.M. N° 124-2008; y contando con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES - 2023" que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar La Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales - 2023" aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer, a la Oficina de comunicaciones la publicación de la presente Resolución con el documento que lo contiene, en el Portal institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
MC. MIGUEL ANTONIO CAHUAMANI
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 22640 - R.NE. 11556

MANH/JCHP7VCG/JLZB/

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección General
- Dirección Adjunta
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo

Dr. MIGUEL ANGEL NARREA HUAMANI

DIRECTOR GENERAL DEL HNSEB

Dr. ROBERT ALBERTO BOGARIN VIGO

DIRECTOR ADJUNTO DEL HNSEB

Lic. VERONICA J. CARBAJAL GOMEZ

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

Lic. VERONICA J. CARBAJAL GOMEZ

Secretaria

Sra. Marisol Melgar Galiano



INDICE

INTRODUCCION

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVOS
- III. BASE LEGAL
- IV. ALCANCE
- V. DISPOSICIONES GENERALES
- VI. CONTENIDO
- VII. RESPONSABILIDADES
- VIII. METODOLOGÍA
- IX. FINANCIAMIENTO
- X. INDICADORES.
- XI. MIEMBROS
- XII. ANEXOS



INTRODUCCIÓN

La acreditación, definida como un "Proceso de evaluación externa, periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de salud de un establecimiento de salud o servicio médicos de apoyo.

En ese contexto, 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.

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.

El proceso de la Autoevaluación se encuentra incorporado en el Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad, aprobado con RD N° 044 -2023-SA-DG-HNSEB



I. FINALIDAD

Lograr que el Hospital Nacional Sergio E Bernales, cumpla progresivamente con los Estándares de Evaluación correspondientes a su categoría en los diferentes macroprocesos según lo requerido para la Acreditación.

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes macroprocesos establecidos según la normatividad vigente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ofrecer mediante evidencias a nuestros usuarios, que los servicios que brindamos cuentan con los atributos de calidad.
- Que los trabajadores del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, se interesen y motiven para mejorar continuamente sus servicios.
- Lograr que las personas salgan satisfechas con la atención y/o servicio recibido por cualquier trabajador de la institución.
- Utilizar los resultados obtenidos para asesorar y promover el uso práctico de los resultados, a través de la elaboración de proyectos, planes y/o acciones de mejora en los departamentos y servicios de nuestra institución.

III. 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, capítulo 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.
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.
13. RD N° 282-2011-DG-HNSEB que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.
14. RD N° 295-2022-SA-DG-HNSEB que aprueba el Plan Operativo Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
15. Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad, aprobado con RD N° 044 - 2023-SA-DG-HNSEB

IV. ALCANCE

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

V. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso de Acreditación del Hospital Nacional 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. Bernalles.
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.

VI. CONTENIDO

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
2. **La condición de Acreditado:** se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.



3. **Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
4. **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
5. **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del 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.
6. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
7. **Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
8. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
9. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.
10. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.
11. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
12. **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.



13. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
14. **Eventos adversos:** en salud: Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
15. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
16. **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
17. **Informe técnico de seguimiento de la acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe técnico de la evaluación externa.
18. **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
19. **Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas.



VII. Responsables:

- Dirección General
- Dirección Adjunta

- 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

VIII. METODOLOGÍA

El Proceso de la autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo de Gestión de la Calidad, 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 2023.
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 del HNSEB 2023.
5. Revisión del Listado de los estándares y la distribución de los macroprocesos 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 Personas y las Oficinas y Servicios del Hospital.
8. Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HNSEB: visita de Evaluación a los Departamentos, Servicios y Oficinas será en un



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
2023

periodo de 15 días hábiles, a partir de las 09:00 horas hasta las 13:00 horas en el mes de octubre del 2023.

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.
13. Remitir a MINSA, Dirección General de Salud de las Persona y las Oficinas y Servicios del Hospital.

FECHA DE EJECUCION

Del 04 al 25 de Octubre 2023

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
30	Tableros de Acrílico	261.00
10	CD's	10.00
500	Fotocopias anilladas	50.00



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
2023

150	Trípticos	30.00
02	Banner	90.00
50	Micas para fotocheck	15.00
50	Faster	6.00
01 Rollo	Cola de Ratón	8.00
200	Vasos, cucharas, bolsas y servilletas descartables	40.00
375	Break para 22 evaluadores Internos en 15 días	660.00
TOTAL		1385.00

9.3 Equipos:

Equipo de Cómputo, fotocopiadora, data, ekran.

9.4 Recurso Humano:

Evaluadores Interno reconocidos con RD.

X. INDICADORES.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO			
	PARAMETROS		
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	Proporción de cumplimiento de estándar de autoevaluación		
FORMA DE CALCULO	$\frac{\text{Nº total de Criterios evaluado con puntaje máximo de cumplimiento} \times 100}{\text{Total de Criterios a evaluar con puntaje máximo de cumplimiento}}$		
DATOS HISTORICOS	2020	2021	2022
	NO SE REALIZO AUTOEVALUACION POR PANDEMIA COVID 19	70%	70%



XI. MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

Director General del HNSEB	Presidente
Director Adjunto	Miembro
Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad	Secretaria
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico	Miembro
Medico Asistente Departamento de Anestesiología	Miembro
Jefa del Departamento de Enfermería	Miembro
Jefe de Servicios Generales	Miembro

11.2. EVALUADORES INTERNOS

Los integrantes del Equipo de Evaluadores Internos, se encuentra ya conformado y en proceso de la Resolución Directoral respectiva.

11.3. MACROPROCESOS A DESARROLLAR

GRUPO N° 1:	Macroprocesos: Hospitalización (9), Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (13), Nutrición y Dietética (20)
GRUPO N°2:	Macroprocesos: Direccionamiento (01), Gestión de Recursos Humanos (02), Docencia e Investigación (12)
GRUPO N°3:	Macroprocesos: Manejo de Riego de la Atención (04), Manejo del Riesgo Social (19)
GRUPO N° 4:	Macroprocesos: Atención de Emergencia (10), Gestión de Insumos y Materiales (21)
GRUPO N° 5:	Macroprocesos: Atención Ambulatoria (7), Gestión De Medicamentos (16).
GRUPO N° 6:	Macroprocesos: Admisión (14), Referencia y Contrareferencia (15), Gestión de Equipo e Infraestructura (22)
GRUPO N° 7:	Macroprocesos: Gestión de la Calidad (03), Gestión de Seguridad ante Desastre (05)
GRUPO N° 8:	Macroprocesos: Atención Quirúrgica (11), Gestión de la Información (17)
GRUPO N°9:	Macroprocesos: Control de la Gestión y Prestación (06), Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (18)



PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
2023

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad del HSEB, que brindará el apoyo de Capacitación, Procesamiento y Análisis de Información 2023, y estará integrada de la siguiente manera.

01	Lic. Verónica Judith Carbajal Gómez
02	Tec. Adm. Marisol Doris Melgar Galiano

XII. ANEXOS



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLE
1. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ACREDITACIÓN DEL HNSEB	Resolución Directoral	X									DIRECCION OGC
Elaboración y Aprobación del Plan de Acreditación- 2023 en el HSEB	Acta de Reunión		X								OGC-Comité de Acreditación
Sensibilización de los Evaluadores Internos del HNSEB sobre Acreditación en los establecimientos de salud según Norma Técnica de Salud	Memorando			X							OGC
Difusión y Socialización del Documento Técnico: En los Dpto y Servicios Asistenciales y Oficinas.	Memorando Circular a los dptos. Y servicios						X				OGC, Departamento, Servicios. Oficinas.
2. EJECUCIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION											
Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HNSEB.	Informe							X			OGC, Departamentos, Servicios, Oficinas.
Control de calidad de los macroprocesos desarrollados del proceso de evaluación interna, ingreso, procesamiento y análisis de datos de la evaluación.	Evaluación de macroprocesos							X			OGC-Comité de Acreditación
3. ANALISIS Y DIFUSION DE LOS RESULTADOS											
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, SUSALUD, Jefes de los Dpto. Servicios y Oficinas.	Oficio								X		OGC-Comité de Acreditación
4. IMPLEMENTAR PROYECTOS DE MEJORA											
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.

