Tacna, 14 JUL 2026

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 482-2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA

VISTO:

El Registro N°10283, que contiene el OFICIO N°53-2026-UGC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, remitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, quien solicita la aprobación del PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2026, PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA; y,

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, estableciendo los principios, normas, meto logias y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientación a obtener resultados para la mejora de la Calidad de Atención en los Servicios de Salud, establecimientos como uno de sus componentes al de la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo una de sus líneas de acción la Acreditación en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, a través de la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA de fecha 04 de junio de 2007, se resuelve aprobar la NTS N°0050-MINSA/GGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" la cual tiene por finalidad 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" estandarizándose el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de Acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación siendo la Autoevaluación la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación , en los cual los Establecimientos de Salud , cuentan con un Equipo Institucional de Evaluadores internos previamente formados , quienes hacen uso del listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N°342-2004-PR. TACNA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, y su modificatoria Ordenanza Regional Nª006-2019-CR/GOB.REG.TACNA, Establece que la Unidad de Gestión de la Calidad es la unidad encargada de implementar la estrategia, Metodología e instrumento de la Calidad y Mejora continua en los Servicios;

Que, en mérito de lo expuesto en el OFICIO N° 053-2026-UGC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, quien solicita la aprobación del PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2026, PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA;

Con la aprobación de la Dirección Ejecutiva y visación de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Hipólito Unanue de Tacna;

Tacna, 14 MAY 2026

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 482-2026-DIREC.EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA

De conformidad a las consideraciones expuestas y con las facultades establecidas en el Manual de Organización y Funciones, aprobados mediante la Resolución directoral N°089-2015-ORG-OPE-DIRECC.EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, de fecha 19 de febrero de 2015, norma que estipula como FUNCIONES ESPECIFICAS, en el literal *r) Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia*, en concordancia con el Decreto Supremo N°006-2026-JUS que aprueba el T.U.O.de la Ley N°27444, Ley de Procedimiento Administrativo General; Ley N°27783, Ley de Bases de la Descentralización; Ley N°27867; Ley Orgánica de Gobierno Regionales y sus modificatorias según Leyes N°27902, 28013 y 29053 y en uso de las atribuciones delegadas mediante Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2026, PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, el mismo que en documento adjunto forma parte de la Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad, monitoree el cumplimiento de las actividades programadas, evaluar el cumplimiento de los objetivos, e informar semestralmente a la Dirección Ejecutiva los avances ejecutados.

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD JEFE HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA GOB. REG. DE TACNA

ARTÍCULO TERCERO. - ENCARGAR a la Oficina de Administración, para que a través de la Unidad de Recursos Humanos proceda a notificar a las instancias pertinentes para los fines de Ley.

ARTICULO CUARTO.- DISPONER que la Unidad de Estadística e Informática, publique la presente resolución en la página web institucional (www.hospitaltacna.gop.pe) en cumplimiento de la Ley Nª27806, Ley De Transparencia y acceso a la información pública y modificatoria.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

DIRECCIÓN EJECUTIVA HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA GOB. REG. DE TACNA

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

MED. EDDY VICENTE CHOQUE
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HHUT
CMP Nº 46126 RNE Nº 33681

ERVCH/LMCHR
C.c.Archivo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" 2018 - 2027

2026 - "Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

18 de abril de 1955

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
JEFE
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
G.O.R. REG. DE TACNA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2026, PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

TACNA - PERÚ

ÍNDICE

PAG

INTRODUCCIÓN 1

JUSTIFICACIÓN 2

FINALIDAD 3

OBJETIVO 3

OBJETIVO GENERAL 3

OBJETIVO ESPECIFICO 3

ALCANCE 3

BASE LEGAL 3

DEFINICIONES OPERATIVAS 4

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN 6

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACIÓN 8

EQUIPO DE EVALUACION 2026 13

RECURSOS SOLICITADOS 15

ORGANIZACIÓN 15

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2026, PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA

I. INTRODUCCIÓN

La Acreditación de establecimientos de salud es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; está basada en las competencias del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores claves de la atención de la salud; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y algunos de resultados. Su finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad de optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud.

La acreditación de las instituciones prestadores de servicios de salud se inició con la Guía para la aplicación del manual de acreditación de Hospitales con resolución ministerial N° 673 - 96 - SA, aprobada el 19 de noviembre del 1996; por lo que la acreditación es un proceso de evaluación periódica, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), para garantizar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares de calidad según su nivel de complejidad, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud, alcanzando estándares de manera óptima.

El Ministerio de Salud elaboró el 04 de Junio del 2007, la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con RM N°456-2007/MINSA.

La fase inicial y obligatoria de evaluación del proceso de acreditación es el proceso de autoevaluación realizada por el equipo institucional de evaluadores internos bajo un listado de estándares de acreditación para garantizar la oferta de servicios que brinda a los usuarios internos y externos de los servicios de salud según su categoría. El Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el reto de mejorar una Atención de Calidad se está planteando la meta de realizar la Autoevaluación para la Acreditación en cumplimiento de las normas establecidas.

La Acreditación constituye una herramienta importante, orientada 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.
La Calidad en la prestación de Salud es el resultado de los esfuerzos e intervenciones desplegadas, basado en la garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios.

Por lo que la Acreditación Hospitalaria se constituye en un medio para promoverla evaluación continua de procesos en la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios, es así que asumimos el reto en sus diferentes fases del proceso de implementación y validación de la acreditación y este compromiso se inicia con la autoevaluación que asegura que la organización tenga un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento continuo de la calidad.

La aplicación de la norma de acreditación es de alcance nacional y es un proceso gradual, que incluye el proceso de autoevaluación de carácter obligatorio; y una evaluación externa (opcional) que cumpla con la puntuación mínima establecida para adquirir la condición de acreditado con un enfoque centrado en procesos.

II. JUSTIFICACIÓN

El proceso de Acreditación abarca todos los niveles de complejidad en la prestación de los servicios de salud, sin importar su naturaleza jurídica, ni su pertenencia a alguno de los cuatro subsectores de nuestro sistema de salud. Aún más, si partimos en que la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de salud y que esta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, por tanto, debe reflejar el esfuerzo del prestador por mejorar la asistencia y/o servicio y orientarse a un ejercicio institucional pro- derechos en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios.

En el proceso de Acreditación se considera dos fases: la Autoevaluación y la Evaluación externa, que se convierten en una importante herramienta para la sostenibilidad de la mencionada Acreditación; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

Conforme a las disposiciones señaladas en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la R.M. 270-2009/ MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; los establecimientos de salud que alcancen más del 85% de cumplimiento de los estándares establecidos, pueden solicitar acceder a la Fase de Evaluación Externa, ello garantiza que el establecimiento de salud cuente con la capacidad para brindar prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya establecidos.

Por ello, el presente documento responde expresamente a la fase de Autoevaluación en respuesta a las necesidades tanto institucionales como de los usuarios del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. De este modo contiene los objetivos y actividades a desarrollarse durante la autoevaluación, siguiendo las metodologías normadas por el Ministerio de Salud tales como la aplicación de manuales e instrumentos y el Listado de estándares de Acreditación para categorías I-1 hasta III-1.

EL Hospital Hipólito Unanue de Tacna con Resolución Directoral N° 1131-2014-OAJ-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA de fecha 31 de Diciembre 2014, se le asigna la Categorización II-2, siendo su Código RENIPRESS: 00002864.

III. FINALIDAD

Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestro Hospital Hipólito Unanue de Tacna, generando mediante el proceso de Autoevaluación una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos según las normas y parámetros planteados por el Ministerio de Salud, logrando la mejora de la calidad de las atenciones en el sistema de salud.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GENERALES

Realizar el proceso de Autoevaluación 2026 por Macroprocesos verificando el cumplimiento de los estándares que permita implementar mejoras para el logro de la Acreditación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Socializar a los trabajadores del Hospital los objetivos y desarrollo de la Autoevaluación.
- Aplicar los instrumentos estandarizados en la autoevaluación.
- Proponer acciones para la elaboración de proyectos y planes de mejora continua de la calidad.
- Desarrollar el proceso de mejora continua de la calidad, en base al conocimiento y cumplimiento de los macroprocesos de la autoevaluación para la satisfacción de los usuarios.
- Optimizar los servicios en base a los resultados de la evaluación de los macroprocesos, en busca de la mejora en la calidad de la atención

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD JEFE HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA GOB. REG. TACNA

V. ALCANCE

El Plan De Autoevaluación 2026, Para La Acreditación Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna, está dirigida a todas las unidades orgánicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Hospital del Segundo Nivel de Atención con Categoría II-2, aplicando la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y la R.M. 270-2009/ MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". De esta manera validar que nuestro Hospital promueve una cultura de calidad orientada al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y al servicio de la población

VI. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de la Salud".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"

- Ley N° 27783, "Ley de Bases de la Descentralización".
- Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos General".
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud" y modificatoria Decreto Supremo N° 011-2017-SA.
- Decreto Legislativo N° 1158, que dispone las medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2014 que aprueba el Reglamento de Organización y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP de Categorización de Establecimientos del Sector de Salud V.03.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA del 04 de Junio del 2007. Aprueba la NTS 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° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2004-PR.TACNA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, y su modificatoria, Ordenanza Regional Nro. 006-2019-CR/GOB.REG.TACNA.

VII. DEFINICIONES OPERATIVAS

7.1. 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. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

7.2. ATENCIÓN EN 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.

7.3. ATRIBUTOS EN CALIDAD: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

7.4. 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.

7.5. CONSTANCIA PARA LA ACREDITACIÓN: Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la Evaluación externa.

7.6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

7.7. 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 reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

7.8. 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.

7.9. 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.

7.10. 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.

7.11. ESTÁNDAR DE RESULTADO: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

7.12. 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.

7.13. 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.

7.14. EVALUACIÓN EXTERNA: Fase final de Evaluación del proceso de Acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de Acreditación en la fase anterior de Autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la constancia para la

Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

7.15. INFORME TÉCNICO DE 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, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

7.16. 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.

VIII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación se realizará en el marco de lo establecido en la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

8.1. DESCRIPCIÓN

El proceso de Autoevaluación se realiza a través del Equipo de Evaluadores Internos, el cual desarrollará la verificación conjunta y objetiva de la implementación de las políticas nacionales y sectoriales en Salud, en los procesos desarrollados en el Hospital, con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas.

- La Autoevaluación durará cuatro (4) semanas
- Se coordinará y socializará toda la información acerca de Autoevaluación de forma escrita, física y/o virtual, en magnético a los Evaluadores Internos.
- A cada Evaluador Interno se le proveerá un folder con los Macroprocesos a evaluar, Listas de chequeo y su tablero.

8.2. TÉCNICAS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

Para el presente proceso de Autoevaluación, se utilizarán diversas metodologías y técnicas, las cuales permitirán evidenciar y calificar los procesos según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación establecidos.

Las técnicas que se utilizarán durante el proceso de autoevaluación son las siguientes:

- **Verificación/Revisión de Documentos:** Permite obtener información y analizar los registros e informe del establecimiento de salud.
- **Observación:** Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevistas:** 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 y extrapolados a toda la población accesible.

- **Encuestas:** Permite corregir información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de Acreditación.
- **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.
- **Reuniones**

8.3. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

- **Listado de Estándares de Acreditación:**
  * Macroprocesos
  * Objetivo y alcance de la Evaluación
  * Código del estándar
  * Estándar
  * Los atributos relacionados al estándar
  * La referencia normativa nacional sectorial
  * Criterios de evaluación

- **Documentos Minsa De Respaldo**
  * NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" Aprobada con Resolución Ministerial N.° 456-2007-MINSA
    - Se la encuentra en internet con el link:
      · https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417855/acreditacion-de-establecimientos-de-salud-y-servicios-medicos-de-apoyo.pdf?v=1595357222

  * Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría y servicios de apoyo: Categoría I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1.
    - Se la encuentra en internet con el link:
      · https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/392439/listado-de-estandares-de-acreditacion-para-establecimientos-de-salud.pdf?v=1
      · Páginas 267 a 339, que corresponde a la Categoría II-2.

  * Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, Aprobada con Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA.
    Esta misma guía se puede encontrar en internet en el siguiente enlace:
    https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391416/guia-tecnica-del-evaluador-para-la-acreditacion-de-establecimientos-de-salud-y-servicios-medicos-de-apoyo.pdf?v=1595358388
    - Formatos para la evaluación:
      · Hoja de Registro de datos
      · Hoja de recomendaciones

- **Fases del proceso de Autoevaluación**
  - * **Fase I** : Información
  - * **Fase II** : Definición de tareas
  - * **Fase II** : Análisis listado
  - * **Fase IV** : Autoevaluación

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

9.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGÚN LAS FASES DE AUTOEVALUACIÓN

FASES	METODOLOGÍA
Fase I: **Información**	• Reuniones del Equipo de Evaluadores Internos para la presentación de los informes de Evaluaciones anteriores. • Designación del Evaluador Líder y designación de responsables por cada Marco proceso. • Reuniones de sensibilización y difusión en temas conceptuales de autoevaluación para la Acreditación, Resultados de las Evaluaciones realizadas dirigida a los Evaluadores Internos y personal en general del hospital.
Fase II: **Definición de Tareas**	• Elaboración del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. • Presentación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación a la Dirección. • Presentación del Plan a Jefes de Servicio y/o Departamento.
Fase III: **Análisis Listado**	• Reunión de Trabajo con el Equipo de Evaluadores Internos, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación.
Fase IV. Autoevaluación	• Aplicación del Listado de Estándares para la Autoevaluación.

9.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2026

	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	RESULTADO	PRODUCTOS	META	2026								RESPONSABLE(S) EVALUADO/S
						JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	
1	Formar el Equipo de Evaluadores Interno y Equipo de Acreditación	Aprobación con Resolución de Evaluadores Interno y Equipo de Acreditación	R.D. de Evaluadores Interno y Equipo de Acreditación	R.D.	01		X							Unidad de Gestión de la Calidad
2	Plan De Autoevaluación Para La Acreditación	Elaboración del Plan De Autoevaluación Para La Acreditación	R.D. Plan De Autoevaluación Para La Acreditación	R.D.	01		X							Equipo de Evaluadores internos del Hospital
3	Informar a los trabajadores del Hospital los objetivos y desarrollo de la Autoevaluación	Emisión de documentos de sensibilización al personal de salud, en temas de Autoevaluación y Acreditación.	Informar al personal sobre Autoevaluación/ Acreditación	Informes	01		X							Jefes de Departamentos, Unidades, Oficinas y UGC
4	Aplicar los instrumentos estandarizados de autoevaluación	1. Comunicación oficial del inicio de la autoevaluación.	Oficio que comunica el inicio de la Autoevaluación	• Reunión • verificación de listado	01 03		X							Unidad de Gestión de la Calidad
		2. Determinar el grado de avance de cumplimiento del listado de estándares respecto a la última autoevaluación.	Diagnóstico basal de la última autoevaluación – PARTE A	Oficio	01		X	X						Director Ejecutivo del Hospital
		3. Aplicación - Autoevaluación oficial en el hospital.	Autoevaluación ejecutada	Formatos	21				X					Equipo de Evaluadores internos del Hospital
		4. Procesamiento y análisis de la información.	Recursos institucionales evaluados y comparados con estándares	Informe	01					X				Equipos Evaluadores Internos, UGC
		5. Elaboración del informe	Decisiones de gestión basada en la información							X				Equipos Evaluadores Internos, UGC
5	Proponer acciones para la elaboración de proyectos y planes de mejora continua de la Calidad	1. Diseño de las acciones de mejoramiento continuo, con Jefes de Departamentos, Unidades y Oficinas.	Planes de Mejora Continua establecidos	Plan de Mejora Continua	01						X	X		Comisiones de Gestión de la Calidad y Dptos. del Hospital
		2. Seguimiento y monitoreo de las recomendaciones de la Autoevaluación.	Seguimiento y monitoreo	Informes									X	Evaluadores Internos

9.3. EVALUADORES INTERNOS POR MACROPROCESOS - CRONOGRAMA DE LA APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN 2026

- **CRONOGRAMA: <u>PARTE A</u> – VERIFICACIÓN DE LISTADO DE ESTÁNDARES DE LA AUTOEVALUACIÓN**

MACROPROCESOS	EVALUADORES INTERNOS	JULIO							AGOSTO																			
		20	21	22	24	27	30	31	3	4	5	7	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	
Macroproceso 1: Direccionamiento	Méd. Eddy Richard Vicente Choque C.P.C. Alexis Martin Mariño Chambilla	X																										
Macroproceso 2 : Gestión de Recursos Humanos	Lic. Adm. Luzmy Nency Casilla Medina		X																									
Macroproceso 3 : Gestión de la Calidad	Méd. Luz Martha Chaiña ruelas		X																									
Macroproceso 4 : Manejo del Riesgo de la Atención	Blga. Enf. Susan Giuliana Cunyar La Rosa méd. Jesús Roberto Ramos Rodriguez lic. Enf. Isaac Clodomero Humpiri Mendoza			X	X	X																						
Macroproceso 5 : Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Rosmery Lourdes Condori Condori						X																					
Macroproceso 6 : Control de la Gestión y Prestación	C.p.c. Alexis Martin Mariño Chambilla							X																				
Macroproceso 7 : Atención Ambulatoria	Lic. Adm. Hernan Gilberto Liendo Ale								X																			
Atención Extramural	**No aplica**																											
Macroproceso 9 : Atención de Hospitalización	Méd. Javier Oscar Lanchipa Picoaga Méd. Henry Efrain Calliri Mamani Méd. Carlos Alberto Saenz Córdova Med. Amílcar Luis Tinoco Salazar									X	X	X	X															
Macroproceso 10 : Atención de Emergencia	Méd. Gerson Roberto Gomez Zapana													X														
Macroproceso 11 : Atención Quirúrgica	Med. Walter Mauricio Sanchez Esquiche														**X**													
Macroproceso 12 : Docencia e Investigación	Lic. Enf. Daniel Martin Centella Centeno															X												

- **CRONOGRAMA: <u>PARTE A</u> – VERIFICACIÓN DE LISTADO DE ESTÁNDARES DE LA AUTOEVALUACIÓN**

MACROPROCESOS	EVALUADORES INTERNOS	20	21	22	24	27	30	31	3	4	5	7	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	
Macroproceso 13 : Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Med. Gustavo Maximiliano Becerra Alvarez méd. Jesús Roberto Ramos Rodriguez																X	X										
Macroproceso 14 : Admisión y Alta	Lic. Adm. Hernan Gilberto Liendo Ale																		X									
Macroproceso 15 : Referencia y Contrarreferencia	C.P.C. Juan de Dios Adolfo Calderon Alanoca																			X								
Macroproceso 16 : Gestión de Medicamentos	Q. F. José Antonio Vela Velarde																				X							
Macroproceso 17: Gestión de la Información	Ing. Sist. Luz Mercedes Mamani Ramos																					X						
Macroproceso 18: Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización.	Bach. Henry ArthurTicona checalla																						X					
Macroproceso 19 : Manejo del Riesgo Social	Trab. Soc. Alberta Mamani Esquia Vda de Hurtado																							X				
Macroproceso 20 : Nutrición y Dietética	Lic. Nutr. Dina Cristina Contreras Mendoza																								X			
Macroproceso 21 : Gestión de Insumos y Materiales	CPC. Oscar Luis Aycachi Mamani																									X		
Macroproceso 22 : Gestión de Equipos e Infraestructura	Bach. Henry ArthurTicona checalla																										X	

- **CRONOGRAMA: <u>PARTE B</u> – AUTOEVALUACIÓN 2026**

Responsable	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	Setiembre 2026																						OCT.
			1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	
Méd. Luz M. Chaiña Ruelas	Macroproceso 1 : Direccionamiento	Méd. Eddy Richard Vicente Choque C.P.C. Alexis Martin Mariño Chambilla	X																						
	Macroproceso 2 : Gestión de Recursos Humanos	Lic. Adm. Luzmy Nency Casilla Medina		X																					
	Macroproceso 3 : Gestión de la Calidad	Méd. Luz M. Chaiña Ruelas			X																				
	Macroproceso 4 : Manejo del Riesgo de la Atención	Blga. Susan Giuliana Cunyar La Rosa Méd. Jesús Roberto Ramos Rodriguez Lic. Enf. Isaac C. Humpiri Mendoza				X	X	X																		
	Macroproceso 5 : Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Rosmery Lourdes Condori Condori							X																
	Macroproceso 6 : Control de la Gestión y Prestación	C.P.C. Alexis Martin Mariño Chambilla								X															
Méd. Gerson Roberto Gomez Zapana Méd. Javier Oscar Lanchipa Picoaga	Macroproceso 7 : Atención Ambulatoria	Lic. Adm. Hernan Gilberto Liendo Ale									X														
	Macroproceso 8 : Atención Extramural	**NO APLICA**																							
	Macroproceso 9 : Atención de Hospitalización	Méd. Javier Oscar Lanchipa Picoaga Méd. Henry Efrain Calliri Mamani Méd. Carlos Alberto Saenz Córdova Med. Amílcar Luis Tinoco Salazar										X	X	X	X										
	Macroproceso 10 : Atención de Emergencia	Méd. Gerson Roberto Gomez Zapana														X									
	Macroproceso 11 : Atención Quirúrgica	Med. Walter Mauricio Sanchez Esquiche															X								
	Macroproceso 12 : Docencia e Investigación	Lic. Enf. Daniel Martin Centella Centeno															X								
Méd. Jesús Roberto Ramos Rodriguez	Macroproceso 13 : Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Méd. Gustavo M. Becerra Alvarez Méd. Jesús Roberto Ramos Rodriguez																X							
	Macroproceso 14 : Admisión y Alta	Lic. Adm. Hernan Gilberto Liendo Ale																	X						
	Macroproceso 15 : Referencia y Contrarreferencia	C.P.C. Juan de Dios Adolfo Calderón Alanoca																	X						
	Macroproceso 16 : Gestión de Medicamentos	Q.F. Jose Antonio Vela Velarde																		X					
	Macroproceso 17 : Gestión de la Información	Ing. Sist. Luz Mercedes Mamani Ramos																		X					

CRONOGRAMA: PARTE B – AUTOEVALUACIÓN 2026

Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	Setiembre 2026																						OCT
			1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	
Nutr. Dina Cristina Contreras Mendoza	Macroproceso 18 : Descontaminación, limpieza, desinfeccion y esterilización	Bach. Henry A. Ticona Checalla																			X				
	Macroproceso 19 : Manejo del Riesgo Social	Trab. Soc. Alberta Mamani Esquia Vda De Hurtado																				X			
	Macroproceso 20 : Nutrición y Dietética	Lic. Nutr. Dina Cristina Contreras Mendoza																				X			
	Macroproceso 21 : Gestión de Insumos y Materiales	CPC. Oscar Luis Aycachi Mamani																					X		
	Macroproceso 22 : Gestión de Equipos e Infraestructura	Bach. Henry ArthurTicona checalla																						X	

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ACTIVIDADES DURANTE EL MES DE LA AUTOVALUACION		Setiembre 2026																							OCT
		1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30	
Procesamiento de Datos	Méd. Luz M. Chaiña Ruelas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de Resultados	Méd. Luz M. Chaiña Ruelas																							X
Elaboración del Informe Preliminar	Méd. Luz M. Chaiña Ruelas																							X
Revisión y Corrección del Informe	Méd. Luz M. Chaiña Ruelas																							X
Entrega del Informe Técnico	Méd. Luz M. Chaiña Ruelas																							X

X. EQUIPO DE EVALUACIÓN 2026

MES DE OCTUBRE 2026
Vaciado de información de cada macroproceso en el Aplicativo de Acreditación: Sistema de Evaluaciones, remitido por nuestro ente rector Ministerio de Salud.

MACROPROCESOS	EVALUADORES INTERNOS
MACROPROCESO 1: Direccionamiento (DIR)	**MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE** Director Ejecutivo **C.P.C. ALEXIS MARTIN MARIÑO CHAMBILLA** Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
MACROPROCESO 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)	**LIC. ADM. LUZMY NENCY CASILLA MEDINA** Jefe de la Unidad de Recursos Humanos
MACROPROCESO 3: Gestión de la Calidad (GCA)	**MED. LUZ MARTHA CHAIÑA RUELAS** Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad
MACROPROCESO 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	**BLGA. SUSAN GIULIANA CUNYAR LA ROSA** Jefa de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental **MÉD. JESUS ROBERTO RAMOS RODRIGUEZ** Jefe del Servicio de Banco de Sangre **LIC. ENF. ISAAC CLODOMERO HUMPIRI MENDOZA** Jefa del Departamento de Enfermería
MACROPROCESO 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	**LIC. ENF. ROSMERY LOURDES CONDORI CONDORI** Responsable de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo de Desastres
MACROPROCESO 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)	**C.P.C. ALEXIS MARTIN MARIÑO CHAMBILLA** Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
MACROPROCESO 7: Atención Ambulatoria (ATA)	**LIC. ADM. HERNÁN GILBERTO LIENDO ALE** Jefe del Departamento de Consulta Externa y Hospitalización
MACROPROCESO 8: Atención Extramural (AEX)	No aplica
MACROPROCESO 9: Atención de Hospitalización (ATH)	**MÉD. JAVIER OSCAR LANCHIPA PICOAGA** Jefe del Departamento de Medicina **MED. HENRY EFRAIN CALLIRI MANANI** Jefe del Departamento de Cirugía **MÉD. CARLOS ALBERTO SAENZ CÓRDOVA** Jefe del Departamento de Pediatría **MÉD. AMILCAR LUIS TINOCO SALAZAR** Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
MACROPROCESO 10: Atención de Emergencias (EMG)	**MED. GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA** Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
MACROPROCESO 11: Atención Quirúrgica (ATQ)	**MÈD. WALTER MAURICIO SANCHEZ ESQUICHE** Jefa del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
MACROPROCESO 12: Docencia e Investigación (DIV)	**LIC. ENF. DANIEL MARTIN CENTELLA CENTENO** Jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
MACROPROCESO 13: Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	**MÉD. GUSTAVO MAXIMILIANO BECERRA ALVAREZ** Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes **MÉD. JESUS ROBERTO RAMOS RODRIGUEZ** Jefe del Servicio de Banco de Sangre
MACROPROCESO 14: Admisión y Alta (ADA)	**LIC. ADM. HERNAN GILBERTO LIENDO ALE** Jefe del Departamento de Consulta Externa y Hospitalización
MACROPROCESO 15: Referencia y Contrarreferencia (RCR)	**C.P.C. JUAN DE DIOS ADOLFO CALDERÓN ALANOCA** Jefe de la Unidad de Seguros

MACROPROCESO 16: Gestión de Medicamentos (GMD)	**Q.F. JOSE ANTONIO VELA VELARDE** Jefa del Departamento de Farmacia
MACROPROCESO 17: Gestión de la Información (GIN)	**ING. SIST. LUZ MERCEDES MAMANI RAMOS** Jefa de la Unidad de Estadística e Informática
MACROPROCESO 18: Descontaminación,Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	**BACH. HENRY ARTHUR TICONA CHECALLA** Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
MACROPROCESO 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)	**TRAB. SOCIAL ALBERTA MAMANI ESQUIA VDA DE HURTADO** Jefa del Departamento de Servicio Social
MACROPROCESO 20: Nutrición y Dietética (NYD)	**LIC. NUTR. DINA CRISTINA CONTRERAS MENDOZA** Jefa del Departamento de Nutrición y Dietética
MACROPROCESO 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	**C.P.C. OSCAR LUIS AYCACHI MAMANI** Jefe de la Unidad de Logística
MACROPROCESO 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	**BACH. HENRY ARTHUR TICONA CHECALLA** Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento

XI. RECURSOS SOLICITADOS

MATERIALES REQUERIDOS		
FECHA	**EQUIPO**	**CANTIDAD**
02/07/26	Lapiceros azules	20
	Fólderes plastificados	20
	Tablero acrílico	20
	Millares de papel bond	3
	Micas de identificación	16
	Fotocopias	500
	Micas A4	100
	Lápices 2B	20

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD JEFE HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA GOBIERNO REGIONAL DE TACNA

XII. ORGANIZACIÓN

- **Dirección Ejecutiva**
  MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE

- **Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico**
  C.P.C. ALEXIS MARTIN MARIÑO CHAMBILLA

- **Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad**
  MED. LUZ MARTHA CHAIÑA RUELAS

Anexo Nº 2: 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

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
JEFE
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
GOB. REG. DE TACNA

Anexo Nº 4: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es)

_____

Fecha : _____

Servicios evaluados

_____

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD
JEFE
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
GOB. REG. DE TACNA