



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 10 de Febrero del 2025

Visto, el Memorando N°243-2025-GRL-GRS-L/30.50, emitido por la Dirección General conteniendo el Oficio N° 034-2025-GRL-GRS-L/30.50.06 emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Técnico N°011-2025-GRL-GRS-L/30.50.06, presentado por la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral del documento denominado Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto 2025.



CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" que señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.



Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.



Que, la Ley N°27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública", establece los principios, deberes y prohibiciones éticas, que rigen a los servidores públicos de las entidades de la administración pública, con la finalidad de obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal.



Que, la Ley N°27813 "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud", cuya finalidad es coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector, a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.



Que, la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de salud.

Que la Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, tiene por objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, supervisión del aseguramiento.

Que, la Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP.V02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los



N° 041 -2025-GRL-GRS-L/30.50

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 10 de Febrero del 2025

usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.



Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba 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.



Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, se aprobó el Plan Nacional de la Calidad en Salud, cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios.



Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico denominado “Política Nacional de Calidad”, en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.



Que, La Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud, cuyo objetivo es proporcionar, a las autoridades sanitarias los criterios técnicos y metodológicos, para el proceso de categorización de establecimientos del Sector Salud, en su respectivo ámbito geo socio-sanitario.



Que, la Resolución Ministerial N°491-2012/MINSA, “Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-1”,

Que, la Resolución Directoral N°158-2021-GRL-DRS-L/30.50, aprueba la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”.

Que, la Resolución Directoral N°155-2021-GRL-DRS-L/30.50, aprueba la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado con Ordenanza Regional N° 008-2016-GR-CR, en el Artículo 11°, literal c), menciona que dentro de las Atribuciones y Responsabilidades del Director General es expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia.



**"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMIA PERUANA"**

N° 041 -2025-GRL-GRS-L/30.50

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**

Punchana, 10 de Febrero del 2025

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, en el Artículo 27°, define a la Oficina de Gestión de la Calidad como la Unidad Orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General y tiene asignada las siguientes funciones: c) implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios, f) asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.



Con el visado de la Dirección, Sub Dirección General, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina Ejecutiva de Planeamiento, Oficina Ejecutiva de Administración y Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital Regional de Loreto. En uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Gerencial N° 1256 - 2024 - GRL - GERESA-L/30.50.01, de Fecha 02 de setiembre 2024, designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".



**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO"- 2025**, con un total de nueve (10) folios que desarrolla ocho (08) ítems.



**Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento y monitoreo del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2025**, para la implementación y aplicación del Plan autorizado en el artículo 1°, debiendo informar a la Dirección General sobre el desarrollo del referido Plan.



**Artículo 3°.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad de manera coordinada con la Oficina de Estadística e Informática, procedan a publicar la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Loreto.**

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase



Gerencia Regional de Salud Loreto  
Hospital Regional de Loreto  
"Felipe Arriola Iglesias"  
  
Dr. Johannes Arriola López López  
C.I. 93104  
DIRECTOR GENERAL

JRMLL/ RCHH/ MGV/COMR/RGO/HAC/jdprs

# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2025

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



PUNCHANA – PERÚ

2025

## ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. JUSTIFICACIÓN
- III. ALCANCE
- IV. BASE LEGAL
- V. OBJETIVOS
- VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
- VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN INTERNA



## I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios en materia de salud, pasando de modelos tradicionales a modelos autogestionarios.

El avance de la Tecnología Médica, ha permitido buscar nuevos enfoques que a su vez han propiciado la creación de un sistema de salud abierto al cambio y que responda a las necesidades que demanda el usuario.

Dentro del sistema, la Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad; siendo la Acreditación un proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y desarrollo armónico de los servicios que brindan los establecimientos de salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de los servicios con un grupo de estándares previamente establecidos denominados macro procesos.

Los estándares establecidos en el instrumento de Acreditación; permiten orientar la evaluación de aspectos determinantes de la prestación de salud, que influyen en el resultado de la prestación desde una perspectiva de calidad.

El proceso de autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", está a cargo de evaluadores internos previamente seleccionados.

## II. JUSTIFICACIÓN

La Autoevaluación dentro del proceso de Acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de servicios de salud y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa.

En ese contexto, el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", considera de suma importancia desarrollar el proceso de autoevaluación con la aplicación de los diferentes macro procesos; que permitirá identificar nudos críticos y proponer acciones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad.

## III. ALCANCE

La Autoevaluación se realizará en las Unidades/Servicios/UPSS del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", evaluándose todos los macro procesos de Acreditación del nivel III-1, según el listado de estándares de Acreditación.

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley general de salud
- Ley N° 27815, Ley del código de ética de la función pública
- Ley N° 27813, Ley del sistema Nacional coordinado y descentralizado de salud.



- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Abril 2009.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial 076-2014/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- 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° 491-2012/MINSA "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2".

## V. OBJETIVOS

### a) Objetivo General:

Mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

### b) Objetivos Específicos:

- Realizar autoevaluación de los macroprocesos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".
- Identificar las fortalezas y debilidades del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", a través de la aplicación del listado de estándares para la acreditación.
- Promover los planes de mejora continua de la calidad.



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación, lo realizará el equipo de evaluadores internos del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", quienes aplicaran el listado de estándares según categoría de las IPRESS, mediante, la observación, entrevistas, encuestas, revisión, auditorías, verificación, muestras, visitándose todos los servicios de los diferentes establecimientos de la jurisdicción de la micro red:

1. Reunión para la elaboración del plan
2. Identificación de macro procesos para cada servicio
3. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso
4. Desarrollo de la auto evaluación
5. Elaboración del informe final.

En el proceso de autoevaluación se realizarán coordinaciones permanentes con el equipo evaluador y los trabajadores de los diferentes servicios y unidades de servicios de salud.

Con el análisis de los resultados de la actividad, obteniendo propuestas de mejora continua. El proceso de autoevaluación se realizará en coordinación permanente con el Equipo evaluador, sin interferir con la atención a los usuarios.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", referencias, normativas y criterios de evaluación en función a los macro procesos por categorías de las IPRESS.

El equipo trabajará en estrecha coordinación con la Dirección de Calidad de la Gerencia Regional de Salud Loreto, GERESA Loreto:

1. Reunión para la elaboración del plan.
2. Identificación de macro procesos para cada servicio.
3. Conformación del equipo y responsables por cada macro proceso.
4. Desarrollo de la auto evaluación.
5. Elaboración del informe final.

#### COMPOSICIÓN DE LISTADO DE ESTÁNDARES POR CATEGORÍA

CATEGORÍA	MACRO RPOCESOS	ESTANDARES	CRITERIOS
I-1	17	38	113
I-2	17	45	132
I-3	18	52	196
I-4	19	60	254
II-1	20	68	328
II-2	21	70	341
III-1	21	70	342





**RESUMEN DE ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

N°	MACROPROCESOS	ESTÁNDARES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
1	DIRECCIONAMIENTO	2	11
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	4	11
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD	3	22
4	MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN	8	50
5	EMERGENCIAS Y DESASTRES	3	21
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	2	15
7	ASISTENCIA AMBULATORIA	4	17
8	ATENCIÓN EXTRAMURAL	4	13
9	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	7	26
10	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	3	14
11	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	4	24
12	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2	15
13	APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3	11
14	ADMISIÓN Y ALTA	4	16
15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	4	13
16	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	3	15
17	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3	14
18	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	4	17
19	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	2	6
20	MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	2	10
21	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	2	8
22	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	2	12
	<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>361</b>

**MACROPROCESOS QUE NO APLICAN SEGÚN LA CATEGORÍA Y NATURALEZA JURÍDICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

N°	TIPO DE ESTABLECIMIENTO (por categoría y naturaleza jurídica)	MACROPROCESOS QUE NO APLICAN
1	III - 1	ATENCIÓN EXTRAMURAL



## VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	2025																							
			MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO							
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Elaboración del Plan de Autoevaluación	Comité de Autoevaluación	X	X	X	X																				
2	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Dirección de Calidad					X																			
3	Reunión de presentación	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL						X																		
4	Solicitar aprobación del Plan de Autoevaluación e incluirlo en el POI	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL							X																	
5	Designación de responsables por cada servicio/Unidad/UPS	Presidente del Comité de Autoevaluación del HRL								X																
6	Designación de responsables por cada macroprocesos	Comité de Autoevaluación del HRL									X	X														
7	Revisión del cronograma de realización de la autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL											X													
8	Difusión del cronograma a todos los servicios/Unidades/UPSS	Comité de Autoevaluación del HRL												X	X	X	X	X								
9	Informar el inicio de la autoevaluación a los servicios/Unidades/DIRESA	Comité de Autoevaluación del HRL																	X							
10	Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																	X	X	X	X				
11	Elaboración del Informe Técnico de la Autoevaluación	Comité de Autoevaluación del HRL																							X	
12	Difusión de resultados	Comité de Autoevaluación del HRL																							X	
13	Propuesta de recomendaciones	Comité de Autoevaluación del HRL																								X



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

N°	Responsables por subproyectos	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores internos	JULIO 2025								Responsable (s) Evaluado (s)
				1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Líder:	Direccionamiento	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
2		Gestión de recursos humanos	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
3		Gestión de la calidad	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
4		Manejo del riesgo de la atención	2	X	X	X	X	X	X	X	X	
5		Gestión de seguridad ante desastres	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
6		Control de la gestión y prestación	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
7		Atención ambulatoria	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
8	Líder:	Atención de hospitalización	5	X	X	X	X	X	X	X	X	
9		Atención de emergencias	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
10		Atención quirúrgica	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
11		Docencia e investigación	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
13		Admisión y alta	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
14		Referencia y Contrarreferencias	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
15		Gestión de medicamentos	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
16	Líder:	Gestión de la información	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
18		Manejo del riesgo social	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
19		Nutrición y dietética	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
20		Gestión de insumos y materiales	1	X	X	X	X	X	X	X	X	
21		Gestión de equipos e infraestructura	1	X	X	X	X	X	X	X	X	

Responsable (s) Evaluado (s)

#### VIII. EQUIPO DE EVALUACIÓN:

El equipo de gestión, los responsables de cada macroproceso, los evaluadores internos y el personal que labora en el Hospital Regional de Loreto, son los responsables del cumplimiento de lo dispuesto en el presente plan.



### DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABLES

N°	Responsables	Macroprocesos	N° EVAL.	RESPONSABLES
1	Lider: Q.F. Roy Álvarez Marreros	Direccionamiento	1	
2		Gestión de recursos humanos	1	
3		Gestión de la calidad	1	
4		Manejo del riesgo de la atención	2	
5		Gestión de seguridad ante desastres	1	
6		Control de la gestión y prestación	1	
7		Atención ambulatoria	1	
8		Atención de hospitalización	7	
9		Atención de emergencias	1	
10		Atención quirúrgica	1	
11		Docencia e investigación	1	
12		Atención de apoyo diagnóstico y tratamiento	1	
13		Admisión y alta	1	
14		Referencia y Contrarreferencias	1	
15		Gestión de medicamentos	1	
16		Gestión de la información	1	
17		Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	1	
18		Manejo del riesgo social	1	
19		Nutrición y dietética	1	
20		Gestión de insumos y materiales	1	
21		Gestión de equipos e infraestructura	1	

### DISTRIBUCIÓN DE MACROPROCESOS

1 Dirección amiento	2 Gestión de recursos humanos	3 Gestión de la calidad	4 Manejo del riesgo de la atención	4 Manejo del riesgo de la atención	5 Gestió n de segurid ad ante desastr es	6 Contro l de la gestió n y presta ción	7 Atenció n ambula toria	9 Atenció n de hospitali zación	9 Atenció n de hospitali zación
9 Atención de hospitalizaci ón	9 Atención de hospitaliz ación	9 Atenció n de hospitali zación	9 Atención de hospitalizaci ón	9 Atenció n de hospitali zación	10 Atenció n de emergen cias	11 Atenci ón quirúr gica	12 Docenc ia e investig ación	13 Atenció n de apoyo diagnóst ico y tratamie nto	14 Admisió n y alta
15 Referencia y Contrarref erencias	16 Gestión de medica mentos	17 Gestión de la informa ción	18 Desconta minación, limpieza, desinfecció n y esterilizaci ón	19 Manejo del riesgo social	20 Nutrici ón y dietéti ca	21 Gesti ón de insum os y mater iales	22 Gestión de equipos e infraestructura		

