

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

CARGO

REPORTE N° 0272-2023/GRJ/DIRESA/RIST-DE,

PARA : Dr. Gustavo LLANOVARCED DAMÍAN
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNÍN.

ASUNTO : REMITO RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°254-2023-GRJ/DRSJ/RIST/ORRHH:
APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN
DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – 2023.

ATENCIÓN : UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.

REF. : MEMORANDO MÚLTIPLE N°02-2023-GRJ-DRSJ-DEAIP-DIPOS-UFGC/UA

FECHA : TARMA, JUNIO 30 DE 2023.

Tengo el agrado de dirigirme a usted con la finalidad de saludarle cordialmente a nombre de la Dirección Ejecutiva de la Red Integrada de Salud Tarma – Hospital Félix Mayorca Soto, asimismo, en atención al documento de la referencia, se remite el **Informe N°061-2023-GRJ/DRSJ/RIST/OSP-AGCS**, con la Resolución Directoral N°254-2023-GRJ/DRSJ/RIST/ORRHH: aprobación del plan de autoevaluación para la acreditación del Hospital Félix Mayorca Soto – 2023.

Sin otro particular, es propicio la ocasión para reiterar las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
HOSPITAL "FELIX MAYORCA SOTO"

Dr. Luis Fernando Correa Tineo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP N° 13605

Distribución:
C. Copia: Archivo
Folios: 019
LFCT/bsl

Reg. Doc.:	06829317
Reg. Exp.:	04441587



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo".

...OFICINA DE SALUD PÚBLICA-GESTION DE CALIDAD EN SALUD
INFORME N°061 - 2023-GRJ/DRSJ/RIST/OSP-AGCS.

PARA : Dr. Luis Fernando Correa Tineo
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL FMS - RIS TARMA.

ASUNTO : CUMPLIMIENTO DE CRITERIO N°02 DE FICHA TECNICA N°30
FORTALECIMIENTO DE LA AUTOEVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS
ESTANDARES DE CALIDAD EN LA ATENCION DE SALUD – HOSPITAL
FELIX MAYORCA SOTO

C/ ATENCION : Unidad de Gestión de la calidad - DIRESA Junín - Huancayo.

REFERENCIA: MEMORANDO MULTIPLE N°00002-2023-GRJ-DRSJ-DEAIP-DIPOS-UFGC/UA

FECHA : Tarma, 28 de junio del 2023.

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mis cordiales saludos y a la vez, en respuesta al documento de referencia emitido por Diresa Junín – Dirección de calidad, donde da a conocer el cronograma de cumplimiento por criterios de la FICHA TECNICA N°30 indicador de convenio de gestión.

Se remite información solicitada del Hospital Félix Mayorca Soto, tal como se detalla a continuación:

- ✓ Resolución Directoral N°0254 - 2023/GRJ/DRSJ/RIST/ORRHH. APROBAR EL "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LAS IPRESS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO 2023"

Sin otro en particular y agradecimiento de antemano la atención al presente. Es cuanto informo a usted.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD TARMA

Lic. Patricia E. Coyllahua Peña
COORD. GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Reg. Doc.	06826759
Reg. Exp.	04441587

C.C.: archivo
PECP/pecp
Folios:17

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO - TARMA
TRAMITE DOCUMENTARIO

REGISTRO -----
28 JUN. 2023
RECEPCIÓN
FIRMA



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED INTEGRADA DE
SALUD TARMA

HOSPITAL FELIX
MAYORCA SOTO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED INTEGRADA DE SALUD TARMA
ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LAS IPRESS DE LA
RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO
2023**



MC. LUIS FERNANDO CORREA TINEO

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HFMS – RIS TARMA

CD. RITA HUAMAN ESPINOZA

JEFA DE SALUD PÚBLICA DEL HFMS – RIS TARMA

LIC. ENF. PATRICIA ELIZABETH CAYLLAHUA PEÑA

COORD. GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD HFMS – RIS TARMA



INDICE

I.	INTRODUCCION	4
II.	JUSTIFICACION	5
III.	FINALIDAD	6
IV.	BASE LEGAL	6
V.	OBJETIVOS	6
VI.	AMBITO DE APLICACIÓN	7
VII.	METODOLOGIA DE TRABAJO	7
VIII.	CONTENIDO	8
IX.	ORGANIZADORES	8
X.	RESPONSABILIDADES	9
XI.	PRESUPUESTO	13
XII.	CRONOGRAMA	13

I. INTRODUCCION

Uno de los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú, es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable; siendo en la actualidad una necesidad de los Servicios de Salud el evidenciar que su desempeño es una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En ese contexto, mejorar la calidad de los servicios de Salud 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

La Acreditación es un proceso 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 la atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Su 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, dichos estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo.

Asimismo, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado mediante la R.M. N°519-2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M. N°456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional; el modelo organizativo es público con funciones compartidas; por ello, siendo uno de los primeros pasos para la Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

El proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la autoevaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, en los Planes Operativos Anuales-POA, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al hospital e IPRESS a superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

En este marco el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, plantean la necesidad de contar con un plan de Auto evaluación 2023 que direcciona, los procesos a seguir siendo la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación la autoevaluación y la segunda fase del proceso de acreditación es la evaluación externa, fase necesaria para la obtención de la constancia de acreditación.

II. JUSTIFICACION

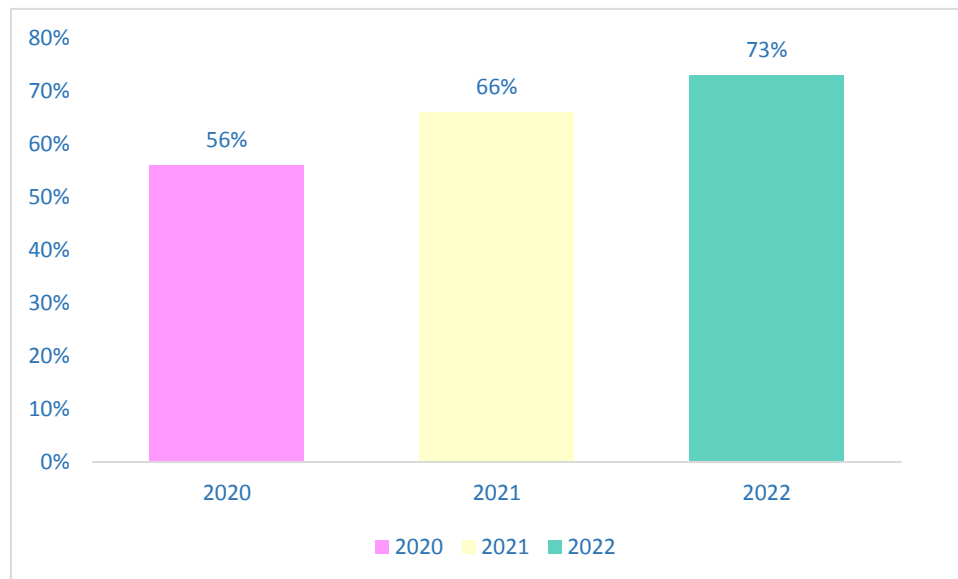
El Ministerio de Salud ha establecido Políticas y Planes Institucionales para la Acreditación de Establecimiento de Salud, los cuales se han incluido en el presente año, en el Plan de Gestión Calidad de la Unidad de Gestión de la Calidad del HFMS – RIS Tarma, considerándose el desarrollo de actividades para la Acreditación Institucional.

Para el logro de dicho objetivo se han venido realizando los procesos de Autoevaluación en los últimos años, con resultados que muestran una tendencia de mejora en el cumplimiento de los criterios y estándares, normados por el Ministerio de Salud.

En el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta, como desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basado en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera un claro incentivo más aún cuando está ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.

Observándose en la gráfica N°1 los resultados de las Autoevaluaciones realizadas en los años anteriores 2020 - 2021-2022, alcanzándose en la Autoevaluación del año 2022 el puntaje de 73% como puntaje NO aprobado debiendo de Subsanan en 6 meses

**Gráfico N° 1 Resultados de autoevaluación 2020-2022
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO**



Por ello el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, darán inicio al proceso de la Acreditación con el proceso de “Autoevaluación” que se ejecutara en el 100% de los establecimientos designados el mismo que se realizara en el presente año, los resultados de este proceso nos indicarán si tenemos debilidades en el desempeño del prestador de salud con respecto a los estándares óptimos y factibles.

En tal sentido, el presente documento responde expresamente al proceso de autoevaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma.

III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar que las IPRESS de la RIS Tarma y el Hospital Félix Mayorca Soto, cuenten con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplen con estándares de calidad.

Para tal fin en el marco del lineamiento de política del sector, el MINSA a través de la R.M. N° 456-2017/MINSA, con Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, brinda las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de IPRESS, las mismas que tienen por finalidad:

- Contribuir a garantizar a los usuarios y el sistema de salud que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
- Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de Autoevaluación para cada macro procesos (gerenciales, asistenciales y de apoyo en ese contexto se elabora el presente plan para su implementación)

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 26842 Ley General de Salud
- RM N° 519-2006/MINSA DT Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 456-2007/MINSA Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo
- RM N° 270-2009/MINSA “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”
- RM N°727-2009/MINSA Políticas Nacionales de Calidad en salud.
- Decreto Supremo 013-2006 Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

V. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Desarrollar el proceso de autoevaluación para la Acreditación y determinar el nivel de cumplimiento de estándares, obteniendo evidencia relevante respecto al desempeño de las IPRESS de la RIS Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto, con miras al mejoramiento continuo de la calidad garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Comprometer al equipo de gestión en la autoevaluación y el análisis correspondiente como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brindan, priorizando los macro procesos del Listado de estándares nacionales para fortalecer a las IPRESS y UPSS del Hospital Félix Mayorca Soto a través de la identificación y socialización de los problemas y necesidad que conllevaran a la elaboración de los Planes de Mejora para la acreditación.

2. Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.
3. Emitir el informe y las recomendaciones para ser abordados con un proyecto o plan de mejoramiento
4. Monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en las Normas Técnicas de Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA.

VI. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación obligatoria en todas las IPRESS de la RIS Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto.

VII. METODOLOGIA DE TRABAJO

Se realizará la evaluación siguiendo la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NT N°050-MINSA-DGSP-V.02) Se capacitará a los evaluadores internos en utilización de los instrumentos.

- Guía del evaluador
- Listado de estándares
- Aplicativo de Acreditación

El evaluador trabajará en estrecha coordinación con la Dirección del Hospital, Jefaturas de las unidades orgánicas, coordinadores responsables de programas como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora

Se seguirán los siguientes pasos:

- 1- Identificación de macro procesos para cada servicio
- 3- Conformación del equipo, fecha y responsables por cada macro proceso
- 4- Desarrollo de la auto-evaluación
- 5.-Redacción, de las debilidades de la organización frente al estándar
- 6.-Definir acciones de mejoramiento para las debilidades
- 7.-Calificación de estándar por consenso del equipo evaluador
- 8.-Elaboración del informe final.

Los procesos que no logren el 85% de cumplimiento, se les brindara apoyo y asesoría para identificar los problemas y necesidades que con llevaran a la elaboración de Proyectos de Mejora, el mismo que será socializado con las recomendaciones brindadas.

Se entregará las observaciones y correcciones a los jefes de los órganos del Hospital e IPRESS de la RIS Tarma, para contribuir a la elaboración de proyectos de Mejora.

En ese contexto, con el propósito de cumplir con la metodología de trabajo se ha establecido las siguientes fases.

1. Autoevaluación

Es la fase de inicio del proceso está a cargo del equipo de evaluadores internos, el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor que vienen desarrollando en la institución.

Esta fase se ejecutará mínimo una vez al año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

2. Evaluación externa

Proceso de evaluación a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la Comisión del Ministerio de Salud y la Dirección de Calidad en Salud.

La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación, con calificación aprobatoria

VIII. CONTENIDO

8.1. TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores utilizara diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

1 Verificación documental: Constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS, el estudio de mapa de procesos etc.

2 Visita a Unidades: Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también se trata de observar el entorno.

3 Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.

4 Trazado de paciente: Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la Institución.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones teniendo un total de 341 estándares de calidad.

IX. ORGANIZADORES

RIS Tarma:

- Director Ejecutivo de la RIS Tarma
- Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
- Coordinadora del Equipo de Gestión de la Calidad
- Comité y Equipo de Acreditación.

Zona Sanitaria:

- Jefatura de la Zonas Sanitaria.
- Responsable de Calidad de las Zonas Sanitarias
- Equipo de autoevaluación (mínimo 5 personas)

DISTRIBUCION DE LAS FUNCIONES A EVALUAR SEGÚN EL PERFIL DE LOS EVALUADORES.

Los evaluadores de perfil asistencial se harán cargo de evaluar y calificar las siguientes secciones y funciones.

SECCIONES 1: DIRECCION, ESTRATEGIA Y CALIDAD

- 1.1 Dirección
- 1.2 Estrategias y áreas administrativas
- 1.3 Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente

SECCION 2: PROCESO ASISTENCIAL

- 2.1 Accesibilidad y Continuidad de la atención.



2.2 Evaluación de los pacientes

2.3 Atención de los pacientes

SECCION 3: AREAS ESPECIFICAS DE ATENCION

4.1 Anestesia y Cirugía

4.2 Emergencias

4.3 UCI

4.4 Centro Obstétrico

4.5 Patología Clínica

4.6 Banco de Sangre

4.7 Diagnóstico por Imágenes

SECCIONES 4: ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROCESO ASISTENCIAL

4.1 Atención Centrada en la Persona

4.2 Gestión de la medicación.

4.3 Prevención y Control de la Infección

4.4 Historia Clínica

Los evaluadores de perfil no asistencial y/o administrativo se harán cargo de evaluar y calificar las siguientes secciones y funciones.

SECCIONES 5: DIRECCION, ESTRATEGIA Y CALIDAD

5.1 Liderazgo y Dirección

5.2 Estrategia

SECCION 6: PROCESO DE SOPORTE

6.1 Esterilización Limpieza y Lavandería

6.2 Gestión de Materiales y Residuos

6.3 UPSS Alimentación

6.4 Seguridad ante Emergencias y Desastres

SECCION 7: GESTION DE RECURSOS

7.1 Gestión de los Recursos Humanos

7.2 Gestión de Equipamiento Médico.

7.3 Gestión de los Sistemas de Información

X. RESPONSABILIDADES

Responsabilidades del Equipo Evaluador:

- Haber recibido formación como evaluador la Acreditación de servicios de salud
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garanticen mejores condiciones individuales para cumplir con la autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas.
- Documentar sus observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.

**COMITÉ DE ACREDITACION EN SALUD DE LA RIS TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO-TARMA.****Presidente:**

Dr. Luis Fernando Correa Tineo

Director ejecutivo de la Red de Salud Tarma

Coordinador General

Lic. Enf. Patricia Elizabeth Cayllahua Peña

Coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud RIS TARMA

Jefatura de Oficina de Salud Pública

Cd. Rita Huaman Espinoza

Jefe de la Oficina de Salud Publica

Coordinador de Servicios de Salud

Lic. Enf. Norka Ricapa Quiñonez

Coordinadora de Servicios de Salud

Jefe de Recursos Humanos

Lic. Adm. Rocio Mayta Aldana

Jefe de la Oficina de Recursos Humanos

Miembros

Dra. Enf. Teodora Prado Inocente

Respon. de Unidad Seguros Públicos y Privados

Lic. Enf. Freddy Fidel Medina Espinoza

Jefe del Departamento de Enfermería

Obst. Rosario del Pilar Villalba Condo

Jefe del Servicio de Centro Obstétrico

Lic. Enf. Nilda Elena Cuyubamba Damián

Equipo técnico Gestión de Calidad RST

Lic. Enf. Luz Argandoña Egoavil

Coordinadora de Oficina de Epidemiología

Lic. Enf. Jackeline Mayorca Lunasco

Coordinadora de IAAS

COMITÉ Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD**EVALUADORES GERENCIALES**

Dr. Máximo Isaías Egoabil Dorregaray

Director Adjunto del Hospital Félix Mayorca Soto

Cd. Rita Huaman Espinoza

Jefatura de la Oficina de Salud Pública

Lic. Enf. Norka Ricapa Quiñonez

Coordinadora de Servicios de Salud

Lic. Enf. Patricia Elizabeth Cayllahua Peña

Coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud HFMS - RIST

Lic. Enf. Nilda Elena Cuyubamba Damián

Equipo técnico Gestión de Calidad en Salud RST

Lic. Enf. Jackeline Mayorca Lunasco

Coordinadora de IAAS

Lic. Enf. Luz Argandoña Egoavil

Coordinadora de Oficina de Epidemiología

Mrta. Merida Salazar Astete

Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Lic. Adm. Rocio Mayta Aldana

Jefe de la Oficina de Recursos Humanos

Tec. San. Marithza Elcira Quijada Pacheco

Coordinadora de Salud Ambiental

EVALUADORES PRESTACIONALES

Lic. Enf. Madeline Bertha Amaro Cosme

Enfermera Asistencial de Consultorios Externos

Obst. Sandra Peña Romero

Coordinadora de Salud Materno Neonatal

Lic. Enf. Freddy Fidel Medina Espinoza

Jefe del Departamento de Enfermería

Obst. Rosario del Pilar Villalba Condo

Jefe del Servicio de Centro Obstétrico

Lic. Enf. Mirko Porras Verastegui

Coordinadora del Servicio de UCI

Lic. Enf. Estefany Veliz Cochachi

Coordinadora del Servicio de Medicina

Lic. Enf. Sadith Torpoco Rojas

Coordinadora del Servicio de Cirugía



Lic. Enf. Rocio Jauregui Casas	Coordinadora del Servicio de Cirugía Especializada
Lic. Enf. Adelaida Ore Cahuari	Coordinadora del Servicio de Centro Quirúrgico
Lic. Enf. Maria Salazar Amaro	Coordinadora del Servicio de Pediatría
Lic. Enf. Karen Tinoco Mayorca	Coordinadora del Servicio de Neonatología
Lic. Enf. Piedad Herrera Aquino	Coordinadora del Servicio de UCIN
Lic. Enf. Justa Choquehuayta Suarez	Coordinadora del Servicio de Ginecología
Lic. Enf. Soledad Vasquez Calderon	Coordinadora del Servicio de Emergencia
Lic. Enf. Madeline Bertha Amaro Cosme	Enfermera Asistencial de Consultorios Externos
Lic. Enf. Romina Amaya Gutiérrez	Coordinador de SAMU
Lic. Enf. Sary Marmolejo Orellana	Coordinadora de la Estrategia de Salud Familiar
Bach. Adm. Roxana Colqui Lino	Coordinadora de Capacitación, Investigación y Docencia

EVALUADORES DE APOYO

Tec. Arch. Edgar Manuel Leonando León	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
Mрта. Merida Salazar Astete	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Sr. Cesar Alejandro Velásquez Javier	Coordinador de la UPSS de laboratorio
Lic. Iliana Crosby Ramón	Coordinador de Discapacidad
Obst. Angela Marcelo Tello	Coordinador de Referencias y Contra referencias
Q.F. Yeny Luz Acosta López	Jefa del Departamento de Farmacéutico
Sr. Marco Godoy Flores	Jefe de Servicios Generales
Lic. Nutr. Michel Torres Rojas	Coordinación del Servicio de Nutrición
Bach. Cont. Pedro Raúl Dueñas Ruiz	Jefe de la Oficina de Logística
Sr. Gilberto Andres Torrejón Reyes	Jefe de la Oficina de Patrimonio
Sr. Luis Alberto Huatuco Galarza	Responsable de Inversiones e infraestructura
Lic. Vilma María Simeón Solórzano	Responsable de Bienestar del Personal
Tec. San. Marithza Elcira Quijada Pacheco	Coordinadora de Salud Ambiental
Jefes de los Departamentos, Servicios y otras Áreas.	

COMITÉ Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION EN SALUD ZONA SANITARIA TARMA

Coordinador principal

Obst. Miriam Arellano Lino

Miembros

CD. Jansen Acevedo Sovero	Responsable de Calidad Sector Sanitario La Unión Leticia
Lic. En.f Raul Correa Vera	Responsable de Calidad Sector Sanitario Huaricolca
Lic. Enf. Rocio Toledo Izquierdo	Responsable de Calidad Zona Sanitaria Tarma
Tec. Enf. Lizeth Coronel Astete	Responsable de Calidad P.S. Tarmatambo
Obst. Laurencia Jesús Tananta	Responsable de Calidad P.S. Cochas
Lic. Enf. Olimpia Vivanco Ccoicca	Responsable de Calidad P.S. Muylo
Lic. Enf. Nancy Canchumanya Popi	Responsable de Calidad P.S. Pomachaca
Obst. Makey Lopez Arias	Responsable de Calidad P.S. Mullucro
Tec. Enf. Estela Felicia Anglas Bartolo	Responsable de Calidad P.S. Vicora Congas
Tec. Enf. Rocio Toledo Izquierdo	Responsable de Calidad P.S. Misharurasha
Obst. Jimena Zavala Guerrero	Responsable de Calidad P.S. Carhuacatac
Tec. Enf. Giovany Garcia Correa	Responsable de Calidad P.S. Palcapaccha
Lic. Enf. Robinson Juan Perez Sedano	Responsable de Calidad P.S. Sanyacancha
Tec. Enf. Lucia Otilia Cajamalqui Huaman	Responsable de Calidad P.S. Congas Antacucho
Lic. Enf. Elgida Carmen Astete Valdez	Responsable de Calidad P.S. Apaycanchilla
Tec. Enf. Margarita Luz Cajamalqui Huaman	Responsable de Calidad P.S. Cuyuruhuasi



Lic. Enf. Jenny Payano Rojas
Tec. Enf. Lidia López Pizarro

Responsable de Calidad P.S. Condorcocha
Responsable de Calidad P.S. Uchurracra

COMITÉ Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION EN SALUD ZONA SANITARIA PALCA

Coordinador principal

Obst. Patricia Porras Torres

Miembros

Lic. Enf. Katty Patricia Ventocilla Rosas	Responsable de Calidad Sector Sanitario Tapo
T.S. Gladis Maria Guere Limaymanta	Responsable de Calidad Zona Sanitaria Palca
Lic. Enf. Mishell Ruby Dominguez Acosta	Responsable de Calidad P.S. Nahuin
Obst. Jely Taquia Limache	Responsable de Calidad P.S. Carpapata
Obst. Elizabeth Bravo Rojas	Responsable de Calidad P.S. Llacsacaca
Tec. Enf. Merida Rivas Huachhuaco	Responsable de Calidad P.S. Chipocayo
Lic. Enf. Maribel Arrieta Huaynates	Responsable de Calidad P.S. Yaroca
Lic. Enf. Danitza Katherine Quispe Lobon	Responsable de Calidad P.S. Huaripampa
Lic. Enf. Marleny Pitoy Huapaya	Responsable de Calidad P.S. Patay
Tec. Enf. Yesi Cerron Alvarez	Responsable de Calidad P.S. Yuracmayo
Lic. Enf. Edwin Limaymanta Salazar	Responsable de Calidad P.S. Maco
Lic. Enf. Gustavo Jorge Ñaupari	Responsable de Calidad P.S. Casacoto
Lic. Enf. Ruth Pitoy Quispe	Responsable de Calidad P.S. Queta
Lic. Enf. Sandro Limaymanta Mucha	Responsable de Calidad P.S. Pacchac

COMITÉ Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION EN SALUD ZONA SANITARIA ACOBAMBA

Coordinador principal

C.D. Marion Rey Cassia

Miembros

Tec. Enf. Carmen Loroña Rojas	Responsable de Calidad Zona Sanitaria Palcamayo
Tec. Lab. Rosa Coronel Mateo	Responsable de Calidad distrito San Pedro de Cajas
Lic. Enf. Hilda Lara Barrios	Responsable de Calidad Zona Sanitaria Acobamba
Tec. Enf. Daniela Valencia Rosales	Responsable de Calidad P.S. Yanapuquio
Téc. Enf. Sonia Luz Villanueva Martinez	Responsable de Calidad P.S. Ochonga
Téc. Enf. Marina Pariona Paitan	Responsable de Calidad P.S. Ricrican
Téc. Enf. Aldrin Castilla Galarza	Responsable de Calidad P.S. Yanamachay
Téc. Enf. Candy Mancilla Paucar	Responsable de Calidad P.S. Huamania
Tec. Enf. Sara Jannet Ñaupari Ruiz	Responsable de Calidad P.S. Calca
Tec. Enf. Miriam Solinda Aldana Flores	Responsable de Calidad P.S. San José de Cayash
Lic. Enf. Klendy Jocabet Quispe Loja	Responsable de Calidad P.S. Picoy
Lic. Enf. Luz Maria Rojas Poma	Responsable de Calidad P.S. Huaracayo
Lic. Enf. Miriam Conie Can Can Esteban	Responsable de Calidad P.S. Tupin
Lic. Enf. Merida Alderete Villegas	Responsable de Calidad P.S. Huaylahuichan
Lic. Enf. Edith C. Valenzuela Veliz	Responsable de Calidad P.S. Collpa



**COMITÉ Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACION EN SALUD
ZONA SANITARIA HUASAHUASI**

Coordinador principal

Obst. Jessica Croce Cochachi

Miembros

Lic. Enf. Veronica Montalvo Mayta	Responsable de Calidad distrito Huasahuasi
Lic. Enf. Cinthya Gomez Olazabal	Responsable de Calidad P.S. Casca
Obst. Alan Hinostroza Guerrero	Responsable de Calidad P.S. Punray
Obst. Yuviana Aldana Rivera	Responsable de Calidad P.S. Huacuas
Lic. Enf. Bertha Avila Ramirez	Responsable de Calidad P.S. San Juan de la Libertad
Lic. Enf. Nelida Condori Corasma	Responsable de Calidad P.S. Chiras
Lic. Enf. Ketty Romero Beraum	Responsable de Calidad P.S. Tiambra

XI. PRESUPUESTO.

Genérica de Gastos	Descripción	Monto S/.
23.11.11	Alimentos y bebidas para consumo humano (capacitación)	250
23.15.12	Papelería en general, útiles, materiales de oficina	250
23.19.12	Libros, textos y otros materiales impresos	500
	TOTAL	1000

XII. CRONOGRAMA

Las actividades se realizarán según programación adjunta.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2023 – A**

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	JUNIO		SETIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE			DICIEMBRE	
		1°SEM	2°SEM	3°SEM	4°SEM	3°SEM	4°SEM	1°SEM	2°SEM	3°SEM	1°SEM	2°sem
Reuniones del equipo de evaluador para la elaboración del Plan designación de evaluador líder	Lic. Cayllahua	X										
Designación de responsables por cada macro proceso	Lic. Cuyubamba	X										
Presentación del Plan a Dirección	Lic. Cayllahua		X									
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de Estándares de Acreditación	Lic. Cuyubamba			X	X							
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal	Lic. Cayllahua					X						
MACROPROCESOS												
Direccionamiento	Cd. Rita Huaman Lic. Cuyubamba							X				
Gestión de Recursos Humanos								X				
Gestión de la Calidad								X				
Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Cuyubamba								X			
Emergencias y Desastres	Lic. Cayllahua								X			
Control de la Gestión y prestación	Lic. Argandoña								X			
Atención Ambulatoria	Obst Peña – Lic. Amaro								X			
Atención Extramural	Lic. Cayllahua						X	X	X	X		
Atención de Hospitalización	Lic. Cuyubamba								X	X		
Atención de Emergencia	Lic. Ore								X			
Docencia e Investigación	Lic. Prado								X			
Atención Quirúrgica	Lic. Carhuas								X			
Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	M. Esp. Velázquez									X		



Admisión y Alta	Lic. Cayllahua						X					
Referencia y contrareferencia	Lic. Ricapa						X					
Gestión de Medicamentos							X					
Gestión de la Información	Lic. Cuyubamba								X			
Esterilización, lavandería y limpieza									X			
Manejo del Riesgo Social	T.S. Crosby							X				
Manejo de nutrición de pacientes	Lic. Medina							X				
Gestión de insumos y materiales	Lic. Medina								X			
Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Medina							X				
Procesamiento de datos	Lic. Cayllahua								X			
Análisis de resultados	Lic. Cuyubamba Lic. Cayllahua									X		
Elaboración del informe preliminar	Lic. Cayllahua									X		
Presentación del informe preliminar	Lic. Cuyubamba Lic. Cayllahua										X	
Revisión y corrección del informe	Lic. Cuyubamba Lic. Cayllahua										X	
Entrega del informe técnico	Lic. Cayllahua											X

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2023 – B**

Responsable por Sub- equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lunes	Responsable(s) Evaluado/s
			06-Nov.	07-Nov.	08-Nov.	09-Nov.	10-Nov.	11-Nov.	13-Nov.	14-Nov.	15-Nov.	16-Nov.	17-Nov.	18-Nov.	
1. CD. HUAMAN LIC. CUYUBAMBA	Direccionamiento	Cd. Rita Huaman Lic. Cuyubamba			mañana	mañana									Lic. Cuyubamba
	Gestión de Recursos Humanos	Lic. Prado					mañana			mañana					Lic. Prado
	Gestión de la calidad	Lic. Cuyubamba Lic. Cayllahua			mañana										Lic. Cuyubamba
	Manejo del riesgo de atención	Lic. Prado Lic. Argandoña			mañana	mañana	mañana			tarde	tarde	tarde		mañana	Lic. Argandoña
	Gestión de seguridad ante desastres	Lic. Cayllahua					mañana								Lic. Cayllahua
	Control de la gestión y prestación	Lic. Medina				mañana				mañana					Lic. Medina
	Atención ambulatoria	Obst. Peña Lic. Amaro						tarde		tarde					coordinadoras de consulta externa
2. Lic. CAYLLAHUA	Atención Extramural	Lic. Cayllahua Comité de zonas sanitarias	tarde	tarde	tarde	tarde	tarde	tarde	tarde	tarde	tarde				Lic. Cayllahua
3. LIC. CUYUBAMBA	Atención de hospitalización	Lic. Porras Lic. Veliz Obst. Reynoso	tarde	mañana	mañana	mañana	mañana		mañana	mañana	mañana				coordinadoras de los servicios de hospitalización
4. LIC. CALDERON	Atención de emergencia	Lic. Ore						tarde							Lic. Ore
5. LIC. PRADO	Docencia e investigación	Lic. Prado					mañana								Lic. Prado
6. LIC. RAMON	Atención quirúrgica	Lic. Carhuas						tarde							Lic. Carhuas
7. M. ESP. VELASQUEZ	Apoyo al diagnóstico y tratamiento	M. Esp. Ramos							mañana					mañana	M. Esp. Velasquez
8. LIC. CAYLLAHUA	Admisión y alta	Lic. Cayllahua								mañana					Lic. Cayllahua
9. M.C. MEDINA	Referencia y contrarreferencia	Lic. Ricapa									tarde				Lic. Ricapa



	Gestión de medicamentos	Lic. Ricapa										tarde		
10.LIC. CUYUBAMBA	Gestión de la información	Lic. Cuyubamba						mañana						Lic. Cuyubamba
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Cuyubamba									mañana			
11. T.S. CROSBY	Manejo del riesgo social	T.S. Crosby						mañana						T.S. Crosby
12. LIC. MEDINA	Manejo de nutrición de pacientes	Lic. Medina										mañana		Lic. Medina
13. LIC. MEDINA	Gestión de insumos y materiales	Lic. Medina										mañana		Lic. Medina
	Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Medina											mañana	