



Resolución Directoral

N°864-2024-DIRESA-OGESS-HC/DG.

Juanjui, 10 de Junio del 2024

VISTO:

El Memorando N°816-2024-DIRESA-OGESS-HC/DG, de fecha 10 de Junio del 2024; donde el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central, autoriza Proyectar el Acto Resolutivo de Aprobación del: "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL II-E BELLAVISTA", correspondiente al año 2024; procediendo a expedir el presente acto resolutivo; -----

CONSIDERANDO:

Que, la Ordenanza Regional N°019-2022-GRSM/CR, de fecha 21 de Noviembre del 2022, aprueba la modificación parcial al Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional de San Martín, y en su Art 161° Dirección Regional de Salud; establece que la Dirección Regional de Salud es el órgano de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social responsable de promover la salud y prevenir los riesgos y daños a la Salud; regular y fiscalizar bienes y servicios de salud; organizar y promover la atención integral de servicios públicos y privados con calidad, considerando los determinantes de la salud, centrados en satisfacer las necesidades de salud de las personas, familias y las comunidades, priorizando a los más vulnerables y excluidos. La Dirección Regional se constituye en la autoridad sanitaria regional, responsable de formular, adecuar, implementar evaluar y controlar las políticas del sector salud en el ámbito del Departamento de San Martín; -----

Que, el Artículo 01 de la Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización, establece que la presente ley regula la estructura y organización del estado en forma democrática, descentralizada y desconcentrada correspondiente al Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, así mismo regulan la descentralización administrativa, económica, productiva, financiera, tributaria y fiscal; -----

Que, de conformidad a lo establecido la Dirección Regional de Salud, es la Autoridad Sanitaria, responsable de formular, adecuar implementar, controlar y evaluar las políticas del Sector Salud, es la unidad de línea de la Gerencia Regional de Desarrollo Social; -----

Que, la Dirección de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central, es un Órgano Desconcentrado de la Dirección Regional de Salud, responsable de asegurar los servicios de apoyo para el desarrollo de las funciones de las Redes de Salud, Hospital y Servicios Regionales de la jurisdicción, para tal efecto administran los recursos, ejecutan el presupuesto y gestionan los sistemas administrativos, asume la titularidad de la Unidad Ejecutora; -----

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que lo provea. Es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; -----

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Cuyo artículo 2° define el termino acreditación, como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos insitucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud; -----

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/ MINSA, se 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"; el mismo que debe implementarse a través de la Dirección de calidad en Salud; -----

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" y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud de Servicios Médicos de apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; -----

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación





Resolución Directoral

N°864-2024-DIRESA-OGESS-HC/DG.

Juanjui, 10 de Junio del 2024



de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud; -----

Que, el PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL II-E-BELLAVISTA tiene como Objetivo General "Desarrollar el proceso de Autoevaluación de los macroprocesos de gestión, asistencial, prestacionales y de apoyo, mediante la aplicación de metodologías y criterios establecidos en los estándares de acreditación e identificar fortalezas y áreas que requieren de mejora en el Hospital II-E-Bellavista; -----



Estando a lo informado por el Director General de Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central, con el visto bueno del Director de Recursos Humanos, Director de Gestión Sanitaria, Jefe de la Unidad de Gestión Territorial de Salud Bellavista y la Oficina de Asesoría Legal, de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central; -----

Por lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N°963-2017-MINSA y Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR de fecha 10 de Setiembre del 2018, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de San Martín, Resolución Directoral Regional N°581-2023-GRSM/DIRESA/DG, de fecha 25 de Agosto del 2023, en el que se Designa al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Huallaga Central, con efectividad a partir del 28 de Agosto del 2023; -----



SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR EL "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL II-E-BELLAVISTA", correspondiente al año 2024, (Anexo Plan); -----

ARTICULO 2°.- ENCARGAR, al responsable del "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL II-E-BELLAVISTA"; la supervisión y cumplimiento del Plan Aprobado; -----



ARTICULO 3° – DISPONER que la Oficina de Comunicaciones Publique la presente Resolución en la página web de la Institución; -----

ARTÍCULO 4°- Transcribese la presente Resolución a las instancias correspondientes, para su aplicación respectiva;

Regístrese y Comuníquese Cúmplase,



GOBIERNO REGIONAL
SAN MARTIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
OGESS HUALLAGA CENTRAL

NUT. CHRISTIAN RUIZ VASQUEZ
C.N.P. N° 4389
DIRECTOR GENERAL DE LA OGESS HC



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



OGC OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

HOSPITAL II-E BELLAVISTA

OFICINA GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD



DOCUMENTO TÉCNICO:

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024



“Un Hospital que reflexiona, analiza y toma decisiones asertivas, está realizando una adecuada gestión del cambio mediante un proceso permanente y progresivo de autoevaluación”.

Elaborado por: PSIC. KARINA ANGULO PÉREZ
JEFE GESTIÓN DE CALIDAD HOSPITAL II-E BELLAVISTA

BELLAVISTA/ SAN MARTÍN

2024

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

HOSPITAL II-E BELLAVISTA

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

EQUIPO DE GESTIÓN

DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL II-E BELLAVISTA

Obsta. Cesar Augusto Linares Guerreo

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

Lic. Adm. Eulogio Segundo Sangama Urrelo

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PSIC. Karina Angulo Pérez

ELABORADO POR

Psic. Karina Angulo Pérez

JEFE OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

© Hospital II-E Bellavista, 2024

Jr. Ancash s/n 3° piso

Ampliación Bellavista, San Martín-Perú Telf.: (042) 229-1024 / 921 248 942

Correo: hospitaliiebellavista@hotmail.com

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

I. INTRODUCCION

Dentro del amplio marco de la Calidad en los Procesos de Atención, establecida por la necesidad creciente de otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo, establecido en la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 , fue instaurado como pilar en este mejoramiento continuo de la calidad de atención y en el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

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 en una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

En este 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 sostenible en el tiempo. En el Marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

El proceso de Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de Auto evaluadores internos del Hospital II-E Bellavista.

La Acreditación de establecimientos de salud en el país comprende de dos fases: la Autoevaluación y la Evaluación externa. Las cuales se desarrollan sobre la base de estándares previamente definidos por el Ministerio de Salud, el cual ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la acreditación de los hospitales de nuestro país, comparando el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos y de esta manera contribuir a garantizar la calidad en la atención en los establecimientos de salud.

La Ley general de salud, en el artículo N° 37, 38, 42 establece cumplir con la acreditación, así mismo el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el artículo N° 101 la favorece. Para la OPS, la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas tanto del usuario interno y usuario externo que presta sus servicios dentro del equipo de atención. Entre los lineamientos de política sectorial es un derecho acceder a un servicio de salud de calidad, como condición indispensable del desarrollo humano, en ese sentido consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por tal razón mejorar la calidad de un servicio es un proceso permanente y requiere del compromiso total del comité de autoevaluación.

El presente Plan de Autoevaluación del Hospital II-E Bellavista, intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios quienes tendrán las responsabilidades de contrastar, analizar, valorar y recomendar a cerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos en base a estándares de calidad definidos para sugerir procesos de mejora continua de la calidad en la atención de salud.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

II. JUSTIFICACIÓN

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia, la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

El nivel Nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024, donde incorporan la Autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal y se pone como meta llegar a un mayor o igual 60 % de calificación.

El objetivo principal de la Autoevaluación es ir mejorando cada año el porcentaje alcanzado lo que se evidencia en nuestra Institución La acreditación se basa en el principio de comparar una Institución con una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño y se puede constituir en un mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

Para tal fin en el marco del lineamiento de política del sector de salud, el Ministerio de salud aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo por lo que al Hospital II-E Bellavista, conformado un equipo evaluador interno le corresponde la evaluación del nivel de cumplimiento de estos estándares de calidad para el fortalecimiento de los servicios y posterior acreditación.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Desarrollar el proceso de autoevaluación de los macroprocesos de gestión, asistenciales, prestacionales y de apoyo, mediante la aplicación de metodologías y criterios establecidos en los estándares de acreditación e identificar fortalezas y áreas que requieren de mejora en el Hospital II-E Bellavista.

3.2. Objetivos Específicos

- Contar con equipo de evaluadores internos del Hospital II-E Bellavista.
- Desarrollar la Autoevaluación institucional por macroprocesos según las Normas Técnicas de Salud, para Acreditación del Hospital II-E Bellavista.
- Desarrollar y 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 en el Hospital II-E Bellavista.

IV. ALCANCE Y PERIODO DE APLICACIÓN

El presente plan es de cumplimiento obligatorio en todos los servicios y áreas administrativas y asistenciales del Hospital II-E Bellavista. La autoevaluación será ejecutada del 23 al 29 de agosto del 2024.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

V. BASE LEGAL

- Ley 26842 Ley General de Salud.
- Ley. 27657 Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
- R.M. N° 616-2003-SA/DM que aprueba el modelo de reglamento de organización y Funciones de los hospitales.
- R. M. N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA- V.01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006 que aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en salud.
- Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA que aprueba el documento Técnico Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad en Salud NT N° 029 MINSA/DGSP.
- RM N° 640-2006/MINSA: Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V-02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA: Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

La autoevaluación es la fase de inicio para la acreditación de nuestro Hospital II-E Bellavista y estará a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con capacitación respectiva.

El equipo de evaluadores internos, utilizará diversas técnicas de verificación para poder constatar el cumplimiento de lo solicitado en la lista de estándares de acreditación según macroproceso, para lo cual es necesario utilizar técnicas e instrumentos de recojo de información, los cuales serán detallados a continuación.

6.1. Técnicas para la autoevaluación

El equipo de evaluadores internos del Hospital II-E Bellavista utilizará las siguientes técnicas:

- **Verificación/ Revisión de documentos**
Mediante lo cual se analizará los registros e informes de nuestro hospital, el estudio de mapa de procesos, observación directa de procesos, entrevistas y auditorias de registros médicos.
- **Observación directa de procesos**
Se podrá observar el desenvolvimiento del personal asistencial y administrativo tanto en la práctica como profesional y entorno laboral.
- **Entrevistas**
Mediante la entrevista se dará el intercambio de ideas y opiniones del personal, lo cual servirá como un método de recolección de datos importantes, que nos servirán como herramientas para la mejora continua.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

- **Auditorias de registros médicos**

Se dará una evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias.

6.2. Instrumentos para la autoevaluación

- **Listado de Estándares de Acreditación**

Será el correspondiente para la categoría II.1, el cual contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares son genéricos y específicos según corresponda, y se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos.

- **Formatos para evaluación**

El cual recopilara información general sobre los datos de establecimiento de salud, lugar, fecha de evaluación, identificación del evaluador y evaluado, código del estándar y criterio evaluado, y las respectivas recomendaciones para cada criterio evaluado.

- **Aplicativo para el registro de resultados**

Es un instrumento informático que se pondrá a disposición del equipo de autoevaluación, en el cual se registra la información obtenida.

6.3. Resultados de la autoevaluación

Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue, Acreditado si la calificación es igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares y No acreditado si la calificación es menos de 85% del cumplimiento de los estándares.

6.4. Actividades a desarrollar para la autoevaluación

- Conformación de un Equipo de Acreditación. La oficina de gestión de la calidad promueve la conformación del equipo evaluador, el cual tiene un carácter multidisciplinario y debe estar compuesto por un mínimo de cinco (5) evaluadores, el evaluador líder será seleccionado entre los integrantes del equipo evaluador.
- La dirección ejecutiva de la OGESS Huallaga Central, conforma con resolución directoral el equipo de evaluadores internos según criterios preestablecidos y se realiza la asistencia técnica dirigido por el equipo de gestión de la calidad.
- Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, de acuerdo a las pautas establecidas en la normativa vigente y se procede a realizar el trámite para su aprobación.
- La dirección ejecutiva de la OGESS Huallaga Central, procede a dar trámite a la aprobación con resolución directoral del plan de autoevaluación.
- La dirección del Hospital II-E Bellavista, designa los responsables de cada servicio/área/departamento para interactuar con los evaluadores internos en el proceso de autoevaluación.
- El equipo de evaluadores internos, promueve la difusión y el conocimiento del Listado de Estándares de Acreditación entre el personal del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- El equipo de evaluadores internos comunica el inicio de la autoevaluación a la instancia responsable de calidad de la Red de Servicios de Salud o DIRESA.



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

- El equipo evaluador interno realiza las acciones de evaluación según el plan elaborado haciendo uso de los instrumentos previamente determinados por la norma técnica vigente.
- El equipo evaluador interno concluye con la emisión de un Informe Técnico de Autoevaluación que hará de conocimiento a la autoridad institucional.
- El equipo evaluador propone las acciones de mejoramiento continuo de la calidad y el desarrollo de planes de acción para subsanar las observaciones realizadas durante el proceso de autoevaluación.

6.5. CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN Y EQUIPOS

Tabla N°1: Cronograma de autoevaluación del Hospital II-E Bellavista

Nº	IPRESS	NIVEL EE.SS	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINO
1	Hospital Bellavista	II-E	16/09/2024	20/09/2024

EQUIPOS DE ACREDITACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN (R.D.Nº0613-2024-DIRESA-OGESS-HC/DG)

Tabla N° 2: Equipo de Acreditación Hospital II-E Bellavista

NRO	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO/ ÁREA	CARGO EN EQUIPO
1	OBS. CESAR AUGUSTO LINARES GUERRERO	DIRECTOR	PRESIDENTE
2	PSIC. KARINA ANGULO PÉREZ	JEFE GESTIÓN DE CALIDAD	SECRETARIO
3	M.C TANIA LIBERTAD SANCHEZ ZAVALA	JEFE MEDICO CONSULTA EXTERNA	MIEMBRO
4	OBSTA. LUZ DEL ROSARIO SANCHEZ GARCÍA	JEFE DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA	MIEMBRO
5	M.C YRVIN MARCHENA ARTEAGA	JEFE ESPECIALIDADES MÉDICAS	MIEMBRO
6	M.C FERNANDO REYNA TRAUCO	JEFE CENTRO QUIRÚRGICO	MIEMBRO
7	LIC. RAXANA REJAS HERNANDEZ	JEFE DEPARTAMENTO ENFERMERÍA	MIEMBRO

Tabla N°3: Equipo de Autoevaluación Hospital II-E Bellavista

NRO	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIO/ ÁREA	CARGO EN EQUIPO
1	M.C URSULA GABRIELA TAMBINI DE LA PEÑA	MEDICO AUDITOR UNIDAD DE SEGUROS	PRESIDENTE
2	M.C WHINSTON RAMIREZ PEREZ	JEFE SERVICIO PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLÓGICA	SECRETARIO
3	QUIM. NEISER MANUEL RIOS GOMEZ	JEFE SERVICIO DE FARMACIA	MIEMBRO
4	ING. JAIRO COLVAQUI LOBATO	JEFE INGENIERIA HOSPITALARIA	MIEMBRO
5	LIC. SEGUNDO CASIQUE DIAZ	COORDINADOR CENTRO QUIRURGICO	MIEMBRO
6	M.C ALEJANDRA INES SEÑAS JIMENEZ	JEFE MEDICINA INTERNA	MIEMBRO
7	M.C NEYDI RUTH CARDENAS PANDURO	JEFE SERVICIO EMERGENCIA	MIEMBRO
8	M.C OSCAR GRAOS FERNANDEZ	JEFE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	MIEMBRO
9	LIC. LESLIE CANO GUERRERO	JEFE CONSULTORIOS EXTERNOS	MIEMBRO
10	OBSTA. NOELIA GABRIELA RUIZ GONZALEZ	JEFE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	MIEMBRO
11	LIC. ROSITA PAMELA CAJARRERA SANDOAL	JEFE NEONATOLOGÍA	MIEMBRO
12	LIC. NUT. LOURDES GAMARRA CAMACHO	JEFE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	MIEMBRO
13	OBSTA. ALCIBIADES AREVALO FLORES	JEFE DE CENTRO OBSTETRICO	MIEMBRO
14	M.C MARIO PEREYRA RIMACHI	JEFE DE PEDIATRÍA	MIEMBRO
15	TEC. CONT. PAOLA RIOS CARDENAS	JEFE ADMISIÓN Y ARCHIVO	MIEMBRO



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL II-E BELLAVISTA

Psic. Karina Angulo Pérez
 JEFE GESTIÓN DE CALIDAD
 C. Ps. P. N° 35358

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla N°4: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2023-A

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	MAYO			JUNIO			JULIO				AGOSTO				SET	OCTUBRE					
		17	24	31	10	17	24	29	1	8	15	22	29	5	12	19	26	16-23	1	4	7	11
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	Obsta. Cesar Augusto Linares Guerrero	X																				
Designación de un responsable por cada macroproceso			X																			
Presentación del plan	Psic. Karina Angulo Pérez		X																			
Reunión de trabajo con el equipo evaluador			X																			
Presentación del plan a jefes de servicios y a RR.HH.				X																		
MACROPROCESOS																						
Direccionamiento	Obsta. Cesar Augusto Linares Guerrero				X																	
Gestión de RR.HH					X																	
Gestión de calidad	Psic. Karina Angulo Pérez					X																
Manejo del riesgo de atención	Tec. Cont. Francis Rivero Panduro					X																
Emergencias y desastres							X															
Control de la gestión y prestación	M.C Úrsula Tambini de la Peña							X														
Atención ambulatoria	M.C. Tania Zavaleta Sánchez								X													
Atención extramural									X													
Atención de hospitalización	M.C. Alejandra Inés Señas Jiménez									X												
Atención de emergencia	M.C Neydi Cárdenas Panduro										X											
Atención quirúrgica	M.C. Fernando Reyna Trauco											X										
Docencia e investigación	M.C. Whinston Ramirez Perez																				X	
Apoyo al diagnóstico y tratamiento																						X



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL II- E BELLAVISTA 2024

Tabla N°5: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2024-B

RESPONSABLES	MACROPROCESOS	EVALUADORES	SETIEMBRE					EVALUADOS	
			16	17	18	19	20		23
Obsta. Cesar Augusto Linares Guerrero	Direccionamiento	Psic. Karina Angulo Pérez	X	X					Obsta. Cesar Augusto Linares Guerrero
	Gestión de RR.HH				X	X			Abog. Cesar Augusto Vasquez Vasquez
Psic. Karina Angulo Pérez	Gestión de calidad	Obsta. Cesar Augusto Linares Guerrero					X	X	Psic. Karina Angulo Pérez
Tec. Cont. Francis Rivero Panduro	Manejo del riesgo de atención		X	X					Tec. Cont. Francis Rivero Panduro
Tec. Enf. Emer Carrasco Barturen	Emergencias y desastres				X	X			Tec. Enf. Emer Carrasco Barturen
M.C. Úrsula Tambini de la Peña	Control de la gestión y prestación						X	X	M.C. Úrsula Tambini de la Peña
M.C. Tania Sánchez Zavaleta	Atención ambulatoria		M.C. Úrsula Tambini de la Peña	X			X		M.C. Tania Sánchez Zavaleta
Tec. Enf. Lindaura Sangama Sangama	Atención extramural				X			X	Tec. Enf. Lindaura Sangama Sangama
M.C. Alejandra Inés Señas Jiménez	Atención de hospitalización	M.C. Fernando Reyna Trauco	X			X			M.C. Alejandra Inés Señas Jiménez
M.C. Neydi Cárdenas Panduro	Atención de emergencia				X			X	M.C. Neydi Cárdenas Panduro
Lic. Segundo Casique Díaz	Atención quirúrgica		M.C. Fernando Reyna Trauco	X	X			X	Lic. Segundo Casique Díaz
M.C. Whinston Ramírez Pérez	Docencia e investigación		M.C. Whinston Ramírez Pérez	X	X				M.C. Whinston Ramírez Pérez
M.C. Marlon Bravo Morales	Apoyo al diagnóstico y tratamiento				X	X			M.C. Marlon Brzvo Morales
Tec. Paola Rios Cárdenas	Admisión y alta					X	X		Tec. Paola Rios Cárdenas
Obsta. Noelia Ruiz Gonzales	Referencia y contra referencia	M.C. Úrsula Tambini de la Peña					X	X	Obsta. Noelia Ruiz Gonzales
Q.F. Lolito Vargas Contreras	Gestión de medicamentos y de la información	Q.F. Neyser Rios Gómez	X		X		X		Q.F. Lolito Vargas Contreras
Lic. Enf. María Fernández Manosalva	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	M.C. Fernando Reyna Trauco	X				X		Lic. Enf. María Fernández Manosalva
Lic. Nut. Lourdes Gamarra Camacho	Manejo del riesgo social y de nutrición de los pacientes	Ing. Adolfo Avalos German			X			X	Lic. Nut. Lourdes Gamarra Camacho
Ing. Constantino Rioja Amasfuen	Gestión de insumos de los materiales	Ing. Jairo Colvaqui Lobato	X			X			Ing. Constantino Rioja Amasfuen
Ing. Adolfo Avalos German	Gestión de equipos e infraestructura				X		X		Ing. Adolfo Avalos German
Líder de equipo evaluador		Psic. Karina Angulo Pérez							



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL II-E - BELLAVISTA
 Psic. Karina Angulo Pérez
 JEFE GESTIÓN DE CALIDAD
 C. Ps. P. N 35335