



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 02 de Julio de 2024

**VISTO:** El Expediente N° 10487-2024, que contiene el Oficio N° 179-OGC-2024-HNCH, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los 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, por Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la misma que señala que la autoevaluación es la 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 conforme a la norma acotada, además prevé que uno de los procedimientos para el proceso de acreditación que se deberá observar, es que los evaluadores i, internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

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 y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector; la misma que tiene por finalidad estandarizar 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;

Que, la guía precitada en el literal d) del numeral 6.1 se dispone que el plan de autoevaluación es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en la que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento que interactuaran con los evaluadores;

Que, la Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 151-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, que tiene por finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en Marco del Sistema de Gestión de Calidad de Salud;

Que, el Decreto Supremo N° 0036-2023-SA, tiene por objeto definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2024, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estad;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del hospital, que entre otras funciones generales es la mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;

Que, con Oficio N° 179-OGC-2024-HNCH, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación del Hospital Nacional Cayetano Heredia -2024", manifestado que tiene por objetivo general evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes macroprocesos establecidos según la normativa vigente; así como los objetivos específicos que es ejecutar el proceso de autoevaluación institucional, a través de la aplicación de los estándares de la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo y facilitar en la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de autoevaluación institucional;

Que, estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del hospital y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 577-2024-OAJ/HNCH;

Con visto del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el Texto único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- APROBAR** el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA - 2024", la misma forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.- ENCARGAR** a los miembros del Equipo de Acreditación del hospital realizar el seguimiento y cumplimiento del plan aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

**Artículo 3°.- DISPONER** que el Jefe de la Oficina de estadística e Informática efectúe la publicación de la Presente Resolución en la página web del Hospital.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**



SCAM/WGDU/LNSE/Inse  
Distribución:  
( ) DG  
( ) CALIDAD  
( ) Equipo de Acreditación

**MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO  
HEREDIA**

**PLAN DE  
AUTOEVALUACIÓN DEL  
HOSPITAL NACIONAL  
CAYETANO HEREDIA  
2024**

**Lima, 2024**



Dr. Segundo Cecilio Acho Mego  
Director General  
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Dra. Jenny Maribel Ricse Osorio  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Nacional Cayetano Heredia

## **EVALUADORES INTERNOS**

Evaluador Líder

Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar

Evaluadores Internos

Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar  
Dra. Claudia Chira Rivas  
Dra. Rosa Marina Orbegoso Reyna  
Dra. Marlene Caffo Marruffo  
Dra. Pilar Yovera Ancajima  
Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana  
Mg. Nélida Leonor Romero Flores  
Mg. Ana Beatriz Graña Espinoza  
Mg. Obst. Guadalupe Olinda Ríos de los Ríos  
Mg. María Lourdes Díaz Caramutti  
Lic. Ela Vitor Sánchez  
Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe  
Lic. Cecilia Luis Miranda  
Mg. Nancy Pecho Nuñez  
Lic. Nerida Jaco Valentín  
Lic. T.M. Katty Karol Torres Quiroz  
Lic. María Esperanza Valverde  
Lic. Edgardo Iñigo Díaz  
Lic. Simona Yoni Villanueva Brañez  
Lic. T.M. Erick Alexander Sánchez Tregear  
Lic. Janet Marieta Díaz Reyes  
Mg. Elba Rosa Cabrera Peche  
Lic. Nancy Huincho Cahuana  
Mg. Katherine Arauco Pinao



# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2024

## Índice

|                                             |       |
|---------------------------------------------|-------|
| I.- Introducción .....                      | 04    |
| II.- Justificación.....                     | 04    |
| III.- Objetivo .....                        | 05    |
| IV Alcance .....                            | 05    |
| IV.- Base Legal .....                       | 05-06 |
| VI.- Metodología.....                       | 06-07 |
| VII.- Cronograma de Actividades .....       | 08-09 |
| VIII.- Equipo de Evaluadores Internos ..... | 10    |



## I.- INTRODUCCIÓN

La acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud" (Norma Técnica N.º 050-MINSA/DGSP V.02).

Para iniciar el proceso de acreditación, las instituciones de salud deben realizar en primer lugar la autoevaluación, definida como "la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo de evaluadores internos, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para identificar el nivel de cumplimiento e identificar aspectos susceptibles de mejoramiento".

Es importante señalar que los estándares y criterios establecidos se orientan a la mejora del proceso de atención de los servicios de salud. En este caso se evaluará los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo. Cada macroproceso cuenta con estándares y cada estándar tiene criterios preestablecidos.

En virtud de lo mencionado se presenta el plan de autoevaluación institucional 2024 a fin de coadyuvar en promover una cultura de calidad a través de cumplimiento de estándares y criterios de estructura, proceso y resultado.

## II.- JUSTIFICACIÓN

Según el Sistema de Gestión de la Calidad establece el componente de Garantía y Mejora y dentro de ello se encuentra como una línea de acción la realización del proceso de acreditación como una exigencia para todos los establecimientos de salud a nivel nacional. Dicho proceso se ejecutará en el marco de la *Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NST N° 50-MINSA-DGSP: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*. Esta norma técnica señala dos fases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa.

La autoevaluación o evaluación interna tiene como finalidad coadyuvar a que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

La evaluación interna, brinda a la Alta Dirección del hospital un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades atribuibles a los



procesos de atención, que afectan a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, para luego desplegar acciones de mejora por servicios.

En el presente año el proceso de autoevaluación se encuentra contemplada como parte de los indicadores de desempeño a nivel institucional con la ficha N°44 denominado "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud".

### III.- OBJETIVO

#### **Objetivo General:**

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

#### **Objetivos específicos:**

- ✓ Ejecutar el proceso de la autoevaluación institucional, a través de la aplicación de los estándares de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Facilitar en la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de autoevaluación institucional.

### IV.- ALCANCE

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria para todas las unidades orgánicas tales como, Direcciones, Departamentos Finales e Intermedios, Oficinas Administrativas, del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

### V.- BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
3. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
4. Decreto Supremo N° 0036-2023-SA Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del decreto legislativo N° 1153; Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.



5. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial N° 456 -2007/MINSA que aprueba la NST N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HNCH.
8. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
9. R.M. N°727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
10. Resolución Directoral N.º 043-2024 -HNCH/DG. "Equipo de Acreditación 2024 del Hospital Nacional Cayetano Heredia."
11. Resolución Directoral N.º 098-2024HNCH/DG. Equipo de Autoevaluadores Internos 2024 del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

## **VI.- METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN**

El proceso de operativización de la autoevaluación está a cargo del equipo de evaluadores internos oficializados y previamente capacitados para el despliegue de la evaluación de los macroprocesos establecidos. (Capacitación virtual en el EVC)

### **Técnicas de evaluación**

El equipo de evaluadores internos del HNCH utilizará diversas técnicas, tales como:

- ✓ Verificación de documentos
- ✓ Observación directa de los procesos
- ✓ Entrevistas
- ✓ Muestreo
- ✓ Encuestas
- ✓ Auditorías

### **Instrumento a utilizarse**

El instrumento que se empleará durante la auto-evaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación que consta de 21 macroprocesos.

### **Proceso de ejecución**

La metodología de trabajo del día a día en el periodo de la ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

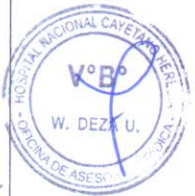


- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares y criterios señalados.
- El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos aplicará los estándares establecidos y los criterios de cada macro proceso asignado. Para ello leerán el estándar, el criterio que se quiere calificar, así como también las fuentes auditables, para luego proceder a la evaluación con los participantes en conjunto.
- Cada Equipo evaluador utilizará la hoja de registro de datos, que servirá como insumo para el informe técnico de evaluación según corresponda.
- El equipo de acreditación y el evaluador líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- Con respecto al procesamiento de datos, (digitación en el aplicativo excell)
- Análisis de resultados y elaboración del Informe preliminar estará a cargo de evaluador líder y equipo técnico de la OGC.
- La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Finalmente, se hará la presentación de los resultados ante autoridades del Hospital Nacional Cayetano Heredia.



## VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACION 2024-A

|    |                                                                                                                                              |                                                   | AÑO 2024 |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------|-----|-------|--------|------------|----|----|----|---------|----|----|----|-----------|----|----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| N° | ACTIVIDADES                                                                                                                                  | RESPONSABLES                                      | I T      | IIT | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE |    |    |    | OCTUBRE |    |    |    | NOVIEMBRE |    |    |    | DICIEMBRE |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
|    |                                                                                                                                              |                                                   |          |     |       |        | 1-29set    | 23 | 24 | 25 | 26      | 27 | 30 | 1a | 2a        | 3a | 4a | 1a | 2a        | 3a | 4a | 1a | 2a | 3a | 4a |   |   |   |   |   |   |   |
| 1  | Coordinación con la Dirección General para la conformación del equipo de acreditación.                                                       | Jefe de la OGC                                    | X        |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 2  | Conformación del equipo de acreditación 2024                                                                                                 | Dirección General                                 | X        |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 3  | Oficialización del equipo de acreditación                                                                                                    | Dirección General                                 | X        |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | Oficialización del equipo de los autoevaluadores internos con R.D.                                                                           | Dirección General                                 | X        |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  | Reunión con el equipo de acreditación                                                                                                        | Dirección General                                 |          | X   |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  | Reunión con el equipo de evaluadores internos                                                                                                | Jefe de la OGC                                    |          | X   |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  | Elaboración del Plan de Autoevaluación                                                                                                       | Evaluadores internos                              |          | X   |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 8  | Aprobación del plan de autoevaluación                                                                                                        | Dirección General                                 |          |     | X     |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 9  | Interacción directa de los autoevaluadores internos con las jefaturas de los servicios para la designación de responsables.                  | Evaluadores internos                              |          |     | X     |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 | Reforzamiento en criterios para Capacitación al equipo de evaluadores internos por macroprocesos (capacitación en la plataforma del EVC)     | Equipo de acreditación                            |          | X   | X     | X      |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 | Comunicación Oficial a la DIRIS Lima Norte en relación al inicio de la autoevaluación.                                                       | Dirección General                                 |          |     |       | X      |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 | Preparación de los materiales, instrumentos para la autoevaluación                                                                           | Equipo Técnico de la OGC                          |          |     |       | X      |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 | Emisión Documentaciones a los Jefes para otorgar las facilidades a los evaluadores internos para el proceso de la autoevaluación.            | Dirección General                                 |          |     |       | X      |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 | Reunión de apertura: Reunión general con los jefes de las diferentes unidades orgánicas para el inicio de la autoevaluación del año.         | Dirección General                                 |          |     |       | X      | X          |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 | Ejecución del proceso de autoevaluación según macroprocesos                                                                                  | Evaluadores Internos                              |          |     |       |        | X          | X  | X  | X  | X       | X  | X  | X  | X         | X  | X  | X  | X         | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X | X | X | X | X | X | X |
| 16 | Supervisión y monitoreo del proceso de la autoevaluación                                                                                     | Equipo de Acreditación                            |          |     |       |        |            | X  | X  | X  | X       | X  | X  | X  | X         | X  | X  | X  | X         | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X | X | X | X | X | X | X |
| 17 | Consolidación de los informe parciales                                                                                                       | Equipo de evaluadores internos                    |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 | Procesamiento de datos                                                                                                                       | Equipo de Acreditación + Equipo Técnico de la OGC |          |     |       |        |            | X  | X  | X  | X       | X  | X  | X  | X         | X  | X  | X  | X         | X  | X  | X  | X  | X  | X  | X | X | X | X | X | X | X |
| 19 | Análisis de resultados                                                                                                                       | Evaluador Líder                                   |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 | Presentación del avance del informe al equipo de evaluadores internos.                                                                       | Evaluador Líder + Equipo Técnico de la OGC        |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 | Revisión preliminar del informe                                                                                                              | Evaluador líder + equipo de evaluadores internos  |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 | Reunión de Cierre: del proceso de la autoevaluación: Difusión de los resultados de la autoevaluación a los jefes de los servicios evaluados. | Equipo de acreditación + Evaluador líder          |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 23 | Presentación del informe final a la Dirección General                                                                                        | Equipo de acreditación + Evaluador líder          |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 24 | Presentación del informe final a la DIRIS/ MINSA                                                                                             | Dirección General                                 |          |     |       |        |            |    |    |    |         |    |    |    |           |    |    |    |           |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |



# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACION 2024-B

| EQUIPO |  | COORDINADOR DE EQUIPO         | MACROPROCESO                                                                        | EQUIPO EVALUADOR                                                                                                               | SEPTIEMBRE - |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   | OCTUBRE AÑO 2024 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Responsables de servicios a evaluar |    |    |    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
|--------|--|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------------------------------|----|----|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|        |  |                               |                                                                                     |                                                                                                                                | 23           | 24 | 25 | 26 | 27 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 7 | 9 | 10               | 11 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |                                     | 28 | 29 | 30 | 31                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
| 1      |  | Néida Romero Flores           | Gestión de Recursos Humanos<br>Control de la Gestión y Prestación                   | Mg Néida Leonor Romero Flores<br>Dra. Cicile del Pilar Yovera Anaya                                                            |              |    |    |    |    |    |   |   |   | X |   |   |                  |    |    |    | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    | Jefe de la Oficina de RR.HH.<br>Asesor de la DG<br>Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad<br>Laboratorio |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
| 2      |  | Miritha Adriana Aburto Quispe | Control de Gestión de la Calidad<br>Gestión de Equipos e Infraestructura            | Lic. Miritha Adriana Aburto Quispe<br>Mg. Elsa María Vitor Sanchez                                                             |              |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |                  |    |    |    |    |    | X  |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      | Jefe de la Oficina de Servicios Generales<br>Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |
| 3      |  | Guadalupe Ríos de los Ríos    | Manejo de Riesgos en la Atención                                                    | Mg. Merli Esperanza Valverde Gonzales<br>Mg. Guadalupe Ríos de los Ríos<br>Lic. Janet Maribel Díaz Reyes                       | X            | X  | X  | X  | X  | X  | X | X | X | X | X | X | X                | X  | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                          | Jefe de la Unidad de salud Ocupacional<br>Epidemiología<br>Lavandería<br>Dpto de Enfermería<br>Oficina de Gestión de la Calidad<br>Dpto de Diagnóstico por Imágenes |
| 4      |  | Mariela Inés Huayllas Arizana | Gestión de Seguridad Ante Desastres<br>Diseñcomentamiento<br>Atención de Emergencia | Mg. Mariela Inés Huayllas Arizana<br>Mg. Maria Lourdes Diaz Caramulli                                                          |              | X  |    |    |    |    |   | X |   |   |   |   |                  |    |    | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      | Jefe de la Unidad Funcional de la Gestion de Riesgos,Dpto de Farmacia,Servicios Generales, Planeamiento Estratégico,Dpto de Gineco-Obstetricia, Epidemiología, Emergencia, Unidad del Talento Humano, Oficina de comunicaciones                                          |                                                                                                                                                                     |
| 5      |  | Cecilia Luis Miranda          | Referencia y Contrareferencia<br>Apoyo al Diagnostico y Tratamiento                 | T.M Cecilia Luis Miranda<br>Mg. Mariela Inés Huayllas Arizana                                                                  | X            |    |    | X  |    |    |   |   |   |   |   |   |                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | X  |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      | Jefatura de la Unidad de referencia y contrareferencia,Laboratorio, diagnostico por imágenes, Farmacia , Servicios Generales                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     |
| 6      |  | Mg. Ana Gracia Espinoza       | Atencion Quirúrgica<br>Descontaminación, Limpieza,Desinfección, Esterilización      | Mg. Maria Lourdes Diaz Caramulli<br>Mg. Ana Beatriz Rosano Gracia Espinoza<br>Lic. Nancy Huacho                                |              |    |    |    | X  |    |   |   | X | X | X | X | X                | X  | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      | Jefatura del Dpto de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Dpto de cirugía, Enfermería, Gineco-Obstetricia,Oficina de Gestion de Calidad,Lavandería, Salud Ocupacional, Central de Esterilización, Oficina de Epidemiología.                                               |                                                                                                                                                                     |
| 7      |  | Rosa Marina Obregon Reyna     | Atención de Hospitalización                                                         | Dra. Rosa Marina Obregon Reyna<br>Dra. Claudia Chira Rivas                                                                     | X            | X  | X  |    |    | X  | X | X | X | X | X | X | X                | X  | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    | X                                   | X  | X  | X  |                                                                                                                                                                      | Jefatura del Dpto de Cirugía, Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia, DEIT,Oficina de Gestion de Calidad,Enfermería,Farmacia, Laboratorio<br>Laboratorio por Imágenes                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |
| 8      |  | Edgardo Milton Ingo Diaz      | Docencia e investigación<br>Manejo de Riesgo Social                                 | Dr. Juan Carlos Ibarrios Aguilar<br>Lic. Edgardo Ingo Diaz<br>Dra. Mariela Calfio Mamillo<br>Lic. Elba Calabaza Pacheco        |              |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |                  |    | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    | X  |                                     |    |    |    | Jefatura de la Oficina de Docencia e Investigación , Dpto de servicio Social, Unidad de Costos.                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |
| 9      |  | Katty Torres Quinz            | Admisión y Alta<br>Manejo de la Información<br>Atención Ambulatoria                 | Lic. Katty Torres Quinz<br>Lic. Sandra Yori Villanueva Brimez<br>Dra. Claudia Chira Rivas<br>Lic. Tec. M. Erick Sánchez Trejar |              |    |    | X  |    |    |   |   | X | X | X | X | X                | X  | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      | Jefatura de la Estadística e Informática                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |
| 10     |  | Nancy Isabel Pecho Nuñez      | Gestión de Insumos y Materiales<br>Gestión del Medicamento<br>Nutrición y Dietética | Mg. Nancy Isabel Pecho Nuñez<br>Lic. Néida Vilala Jazo Vilala<br>O.F. Katherine Anasco Páez                                    | X            |    |    |    |    |    |   |   | X |   |   |   |                  |    | X  | X  |    |    |    |    |    |    |    |    |                                     |    |    |    |                                                                                                                                                                      | Logística, Farmacia,G-OC,Ext,Emergencia, Cirugía, MedicinaTropical, G-OC,Medicina, Pediatría<br>Gestión de Calidad<br>Economía, Consulta Externa , programas, comunicaciones<br>Jefatura de la Oficina de Logística<br>Dpto de Farmacia<br>Dpto de Nutrición y Dietética |                                                                                                                                                                     |



**VIII.- EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS 2024 DEL HOSPITAL CAYETANO  
HEREDIA: Evaluador Lider: Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar**

| N° | MACROPROCESOS:                                           | Evaluadores Internos                                                                                                                                  | N° EQUIPO |
|----|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2  | Gestión de Recursos Humanos                              | Mg. Nérida Leonor Romero Flores                                                                                                                       | 1         |
| 6  | Control de la Gestión y Prestación                       | Dra. Cleofe del Pilar Yovera Ancajima                                                                                                                 |           |
| 3  | Control de la Gestión de la Calidad                      | Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe                                                                                                                     | 2         |
| 22 | Gestión de Equipos e Infraestructura                     | Mg. Ela Maria Vitor Sánchez                                                                                                                           |           |
| 4  | Manejo de Riesgos en la Atención                         | Mg. Obst. Guadalupe Olinda Ríos de los Ríos<br>Mg. María Esperanza Valverde Gonzales<br>Lic. Janet Marieta Díaz Reyes                                 | 3         |
| 5  | Gestión de Seguridad Ante Desastres                      | Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana<br>Mg. María Lourdes Díaz Caramutti                                                                              | 4         |
| 1  | Direccionamiento                                         |                                                                                                                                                       |           |
| 10 | Atención de Emergencia                                   |                                                                                                                                                       |           |
| 13 | Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento                       | Mg. Cecilia Luis Miranda<br>Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana                                                                                      | 5         |
| 15 | Referencia y Contrareferencia                            |                                                                                                                                                       |           |
| 11 | Atención Quirúrgica                                      | Mg. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza<br>Mg. María Lourdes Díaz Caramutti<br>Lic. Nancy Huincho Cahuana                                              | 6         |
| 18 | Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización |                                                                                                                                                       |           |
|    |                                                          |                                                                                                                                                       |           |
| 9  | Atención de Hospitalización                              | Dra. Rosa Marina Orbegoso Reyna<br>Dra. Claudia Rosa Chira Rivas                                                                                      | 7         |
| 12 | Docencia e Investigación                                 | Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar<br>Dra. Marlene Esperanza Caffo Marruffo<br>Lic. Edgardo Milton Iñigo Díaz<br>Mg. Elba Rosa Cabrera Pecho             | 8         |
| 19 | Manejo del Riesgo Social                                 |                                                                                                                                                       |           |
|    |                                                          |                                                                                                                                                       |           |
| 14 | Admisión y Alta                                          | Dra. Claudia Rosa Chira Rivas<br>Lic. Simona Yoni Villanueva Branez<br>Lic. T.M. Katty Karol Torres Quiroz<br>Lic. T.M Erik Alexander Sánchez Tregear | 9         |
| 17 | Manejo de la Información                                 |                                                                                                                                                       |           |
| 7  | Atención Ambulatoria                                     |                                                                                                                                                       |           |
| 16 | Gestión de Insumos y Materiales                          | Mg. Nancy Isabel Pecho Núñez<br>Lic. Nérida Vitalia Jaco Valentín<br>Mg. Katherine Arauco Pinao                                                       | 10        |
| 21 | Gestión del Medicamento                                  |                                                                                                                                                       |           |
| 20 | Nutrición y Dietética                                    |                                                                                                                                                       |           |

