MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

REPUBLICA DEL PERU

N° 174 -2025-HNCH/DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 07 de Abril de 2025

VISTO: El Expediente N° 06831-2025, que contiene la Nota Informativa N° 063-2025-OGC/HNCH, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe N° 208-OAJ/UAJS N° 013-2025-HNCH, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, 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, mediante Decreto Supremo N° 022-2024-SA, se define el listado de los Indicadores de Desempeño, Compromisos de Mejora de los Servicios a cumplir en el 2025 y las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el articulo 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;

Que, con 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" y su anexo 3 #Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud";

Que, la referida Norma Técnica de Salud, indica 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. Mientras que la Acreditación es el proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que esta orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de los 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 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 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 recibir la entrega económica anual a la que se 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;

Que, de acuerdo con lo establecido en el literal f) del articulo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del hospital, que entre otras funciones generales es 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 Nota Informativa N° 063-2025-OGC/HNCH, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el "Plan de Autoevaluación del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2025", solicitando su aprobación señalando que dicho plan tiene por objetivo conocer el grado de mejora continua de calidad de los procesos de atención en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, a través de la evaluación de los estándares y criterios de evaluación de los diferentes macroprocesos;

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° 208-OAJ/UAJS N° 013-2025-HNCH;

Con visto de la Jefa 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 AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA, AÑO 2025" la misma que 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

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

Dr. Oscar Danilo Gayoso Cervantes
DIRECTOR GENERAL(e)
CMP. 019644 RNE. 20196

ODGC/JCPA/JFMC/sarc
Distribución:
( ) DG
( ) OAJ
( ) OGC
( ) OEI (COPIA DE RD Y GUIA)
( ) Equipo de Acreditación
( ) Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2025

Lima, 2025

Dr. Manuel Alberto Díaz de los Santos
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 Rosa Chira Rivas
Dra. Rosa Marina Orbegozo Reyna
Dra. Marlene Caffo Marruffo
Dra. Ydelsa Natividad Duarte Gallardo
Dra. Pilar Yovera Ancajima
Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana
Mg. Nélida Leonor Romero Flores
Mg. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza
Mg. Obst. Guadalupe Olinda Ríos de los Ríos
Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe
Mg.. Cecilia Luis Miranda
Mg.. Nancy Pecho Nuñez
Lic. Nárida Jaco Valentín
Lic. T.M. Katty Karoll Torres Quiroz
Lic. María Esperanza Valverde
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
Lic. Mabel Azucena Paisig Fabián
Lic. Nut.Lourdes Salomé Nieto Castellanos
Lic. Margarita Nancy Arce Flores
Lic. Mery Rocío Barrios Hernández
Ps. Silvia Haydee Fano Paragulla

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2025

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 que se enmarca en un contexto de necesidad creciente de mejoramiento continuo de los procesos de atención de salud en el Sistema Nacional de Salud Peruano. En ese sentido, el Hospital Cayetano Heredia asume dicho compromiso con responsabilidad; mediante la operativización y ejecución de las acciones del proceso de acreditación dictaminadas por la Norma Técnica N.° 050-MINSA/DGSP V.02: "Acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".

La acreditación, empieza con la autoevaluación, la cual es definida como la evaluación interna del establecimiento de salud y cuya responsabilidad de ejecución, recae en un conjunto de personas llamadas evaluadores internos. Éstos últimos, a través de un proceso de capacitación previa, adquieren competencias básicas de control y evaluación de la triada Macroproceso-Estándar-Criterio de evaluación, mediante el Listado de Estándares de Acreditación. Es imprescindible señalar que la evaluación de los estándares y los criterios establecidos, tienen como finalidad suprema la de coadyuvar a la mejora del proceso de atención de los servicios de salud.

Por lo expresado, se presenta a continuación el plan de autoevaluación institucional 2025, a fin de contribuir a fomentar una cultura de mejora continua de la calidad de los procesos hospitalarios.

II.- JUSTIFICACIÓN

Consideramos que el proceso de Acreditación se justifica por tres razones básicas. La primera, tiene un carácter normativo-regulatorio, en el sentido de que *la NST N° 50-MINSA-DGSP*: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", así lo establece. Definiendo dentro de ella, que la Autoevaluación es el inicio de la Acreditación y tiene la condición de obligatoria su ejecución. La segunda razón, se orienta a una necesidad de contribuir a mejorar la gestión hospitalaria, y precisamente la evaluación interna, brinda a la Alta Dirección del hospital un diagnóstico general de la institución, identificando y focalizando áreas críticas, facilitando de esta manera la adecuada toma de decisiones por parte de la Dirección General.

La tercera razón, aunque no menos importante, se centra en un tema de *"derecho del usuario"* que acude a los establecimientos de salud; en el sentido de aquel espera recibir una atención de salud con calidad, eficacia y oportunidad.

III.- OBJETIVO

Objetivo General:

- ✓ Conocer el grado de mejora continua de calidad de los procesos de atención en el Hospital Cayetano Heredia, a través de la evaluación de los estándares y criterios de evaluación de los diferentes macroprocesos.

Objetivos específicos:

- ✓ Operativizar la autoevaluación institucional, a través de la aplicación de los estándares establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Identificar las oportunidades de mejora Continua de los procesos de atención acorde a las recomendaciones formuladas en la evaluación de cada macroproceso y las áreas involucradas.

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 Nª 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley Nª 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
3. Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
4. Decreto Supremo Nº 022-2024-SA Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo Nº 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 Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial Nº 456 -2007/MINSA que aprueba la NST Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Resolución Ministerial Nº 216-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HNCH.
8. Resolución Ministerial Nº 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 Ministerial N.º 150-2025/MINSA que aprueba la Directiva Nº372-MINSA/2025/DGOS ,Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración ,suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2025 en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N.º 1153, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
11. Resolución Directoral N.º 020-2025 -HNCH/DG. "Equipo de Acreditación 2025 del Hospital Nacional Cayetano Heredia."
12. Resolución Directoral N.º 134-2025HNCH/DG. Equipo de Autoevaluadores Internos 2025 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
- ✓ 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 en el periodo de la ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

- Visitas previas a las instalaciones por el equipo evaluador para la difusión del listado de los estándares
- 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, el evaluador líder y el equipo técnico de la OGC 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 2025-A

AÑO 2025

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	I T	II T	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE							OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE año2025			
							1-22set	23	24	25	26	29	30	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
1	Coordinación con la Dirección General para la conformación del equipo de acreditación.	Jefe de la OGC	x																						
2	Conformación del equipo de acreditación 2025	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	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 socialización de los criterios	Evaluadores internos		x																					
10	Reforzamiento en criterios para Capacitación al equipo de evaluadores internos por macroprocesos (capactiación 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	x																			
12	Preparación de los materiales, instrumentos para la autoevaluación	Equipo Técnico de la OGC				x	x																		
13	Emitir Documentaciones a los Jefes para otorgar las facilidades a los evaluadores internos para el proceso de la autoevaluación	Dirección General				x	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						
16	Supervisión y monitoreo del proceso de la autoevaluación	Equipo de Acreditación						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						
17	Consolidación de los informe parciales	Equipo de evaluadores internos /Evaluador Líder																		x	x				
18	Procesamiento de datos	Equipo de Acreditación + Equipo Técnico de la OGC																			x	x			
19	Análisis de resultados	Evaluador Lider																				x			
20	Presentación del avance del informe al equipo de evaluadores internos.	Evaluador Líder + Equipo Técnico de la OGC																				x			
21	Revisión preliminar del informe	Evaluador líder + equipo de evaluadores internos																				x	X		
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																					x		
23	Presentación del informe final a la Dirección General	Equipo de acreditación + Evaluador líder																					x		
24	Presentación del informe final a la DIRIS/ MINSA	Dirección General																					x		

CRONOGRAMA DE LA AUTOEVALUACION -B

EQUIPO	COORDINADOR DE EQUIPO	MACROPROCESO	EQUIPO EVALUADOR	SETIEMBRE -2025						OCTUBRE AÑO 2025																								Responsables de servicios a evaluar
				23	24	25	26	29	30	1	2	3	6	7	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31			
1	Nélida Romero Flores	Gestion de Recursos Humanos Control de la Gestión y Prestación	Mg Nelida Leonor Romero Flores Dra. Cleofe del Pilar Yovera Ancajima													X			X		X		X	X						X	X				Jefe de la Oficina de RR HH. DG Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad ,DX por imágenes ,Consulta Externa, Emergencia ,Laboratorio, Enfermería
2	Mirtha Adriana Aburto Quispe	Control de Gestión de la Calidad	Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe Lic. Mabel Azucena Paisig Fabián					X																X						X				Jefe de la Oficina de Gestion de Calidad Unidad de Clima Organizacional Oficina de Comunicaciones
3	Ydelsa Natividad Duarte Gallardo	Gestión de Equipos e Infraestructura Referencia y Contrareferencia	Dra Ydelsa Natividad Duarte Gallardo Mg QF. Katherine Arauco Pinao		X		X												X		X									X				Jefe de la Oficina de Servicios Generales Jeje de la Unidad de Referencia y Contrareferencia,Patrimonio , unidad de inversiones
4	Guadalupe Rios de los Rios	Manejo de Riesgos en la Atención	Mg. María Esperanza Valverde Gonzales Mg. Guadalupe Ríos de los Ríos Lic. Janet Marieta Díaz Reyes	X						X		X	X		X	X			X	X					X			X	X	X	X			Jefe de la Unidad de salud Ocupacional Epidemiología Lavanderia Dpto de Enfermería Oficina de Gestión de la Calidad Dpto de Diagnostico por Imágenes
5	Marlene Inés Huaylinos Antezana	Gestión de Seguridad Ante Desastres Direccionamiento Atención de Emergencia	Lic. Mabel Azucena Paisig Fabián Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana			X	X	X	X	X		X	X	X						X		X		X				X	X		X			Jefe de la Unidad Funcional de la Gestion de Riesgos,Dpto de Farmacia,Servicios Generales , Planeamiento Estrategico,Dpto de Gineco-Obstetricia, Epidemiologia, Emergencia ,Unidad del Talento Humano , Oficina de comunicaciones, calidad, Medicina Fisica y Rehabilitacion
6	Cecilia Luis Miranda	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	T.M Cecilia Luis Miranda Lic.Nut.Lourdes Salomé Nieto Castellanos																					X			X		X		X			Jefatura de,Laboratorio, diagnostico por Imágenes, Farmacia
7	Mg. Ana Graña Espinoza	Atencion Quirúrgica Descontaminación, Limpieza,Desinfección, Esterilización	Mg. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza Lic. Nancy Huincho Cahuana Lic. Margarita Nancy Arce Flores		X					X			X											X							X	X		Jefatura del Dpto de Anestesiología y Centro Quirugico, Enfermería, Oficina de Gestión de Calidad,Lavanderia, Salud Ocupacional, Central de Esterilización , Oficina de Epidemiología.
8	Rosa Marina Orbegozo Reyna	Atención de Hospitalización	Dra. Rosa Marina Orbegozo Reyna Dra. Claudia Rosa Chira Rivas Lic. Mery Rocio Barrios Hernández				X						X				X			X	X	X		X	X						X	X		Jefatura del Dpto de Cirugía, Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia, DEIT,Oficina de Gestión de Calidad,Enfermería,Farmacia, Laboratorio ,Diagnostico por Imágenes
9	Dr. Juan Carlos Ismodes	Docencia e investigación Manejo de Riesgo Social	Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar Dra. Marlene Caffo Marruffo Lic. Elba Cabrera Peche																							X			X	X			Jefatura de la Oficina de Docencia e Investigación , Dpto de servicio Social, Unidad de Costos.
10	Katty Torres Quiroz	Admisión y Alta	Lic. Katty Torres Quiroz Lic. Simona Yoni Villanueva Branez Dra .Claudia Chira Rivas Lic. Tec. M. Erick Sánchez Tregear											X	X		X																	Jefatura de la Estadística e Informática,logística
		Manejo de la Información					X						X		X				X	X	X				X	X					X			Logística, Farmacia,G-O;C.ExtEmergencia, Medicina Fisica , Cirugía, MedicinaTropical ,Medicina, Pediatría
		Atención Ambulatoria																			X					X								Gestión de Calidad, Enfermería
															X																X			Economía, Consulta Externa , programas, comunicaciones
11	Nancy Isabel Pecho Nuñez	Gestión de Insumos y Materiales	Mg. Nancy Isabel Pecho Nuñez Lic. Nelida Vitalia Jaco Vitalia Ps. Silvia Haydee Fano Paragulla		X																													Jefatura de la Oficina de Logística
		Gestión del Medicamento					X																											Dpto de Farmacia
		Nutrición y Dietética						X																										Dpto de Nutrición y Dietetica.

VIII.- EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS 2025 DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA:

Evaluador Líder: Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar

Nº	MACROPROCESOS:	EVALUADORES INTERNOS	Nº EQUIPO
2	Gestión de Recursos Humanos	Mg. Nélida Leonor Romero Flores Dra.Cleofé del Pilar Yovera Ancajima	1
6	Control de la Gestión y Prestación		
3	Control de la Gestión de la Calidad	Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe Lic. Mabel Azucena Paisig Fabián	2
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	Dra. Ydelsa Natividad Duarte Gallardo Mg. Q.F Katherine Arauco Pinao	3
15	Referencia y Contrareferencia		
4	Manejo de Riesgos en la Atención	Mg. Obst. Guadalupe Olinda Ríos de los Ríos Mg. María Esperanza Valverde Gonzáles Lic. Janet Marieta Díaz Reyes	4
5	Gestión de Seguridad Ante Desastres	Lic. Mabel Azucena Paisig Fabian Dra. Marlene Inés Huaylinos Antezana	5
1	Direccionamiento		
10	Atención de Emergencia		
13	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Mg.TM. Cecilia Luis Miranda Lic.Nut. Lourdes Salomé Nieto Castellanos	6
11	Atención Quirúrgica	Mg. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza Lic. Nancy Huincho Cahuana Lic. . Margarita Nancy Arce Flores	7
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización		
9	Atención de Hospitalización	Dra. Rosa Marina Orbegozo Reyna Dra. Claudia Rosa Chira Rivas Lic. Mery Rocío Barrios Hernández	8
12	Docencia e Investigación	Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar Dra. Marlene Esperanza Caffo Marruffo Mg. Elba Rosa Cabrera Peche	9
19	Manejo del Riesgo Social		
14	Admisión y Alta	Dra. Claudia Rosa Chira Rivas Lic. Simona Yoni Villanueva Branez Lic. T.M. Katty Karoll Torres Quiroz Lic. T.M Erik Alexander Sánchez Tregear	10
17	Manejo de la Información		
7	Atención Ambulatoria		
16	Gestión de Insumos y Materiales	Mg. Nancy Isabel Pecho Núñez Lic. Nérida Vitalia Jaco Valentín Ps. Silvia Haydee Fano Paragulla	11
21	Gestión del Medicamento		
20	Nutrición y Dietética		