

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN 2025





CONTROL DEL DOCUMENTO

ELABORADO POR	Equipo de Evaluadores Internos	14 / 04 / 2025	
REVISADO POR	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico / Equipo de Planeamiento y Gestión Institucional	21 / 04 / 2025	
APROBADO POR	Dirección General	28 / 04 / 2025	 B. MISAICO R.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	5
3.1	OBJETIVO GENERAL	5
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
IV.	BASE LEGAL	5
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
VI.	CONTENIDO DEL PLAN	6
6.1	ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	6
6.1.1	DEFINICIONES OPERATIVAS	6
6.1.2	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	8
6.2	ACTIVIDADES	9
6.3	EVALUACIÓN: INDICADORES	10
6.4	IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OGC, SEGÚN EL MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI", EN EL MARCO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	11
6.5	RESPONSABILIDAD	11
6.6	RECURSOS E INSTRUMENTOS.....	12
6.7	PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO	12
VII.	ANEXOS	13
	ANEXO 1A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN	14
	ANEXO 1B: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN.....	15
	ANEXO 2: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	16
	ANEXO 3: HOJA DE RECOMENDACIONES	17
	ANEXO 4: "MATRIZ DE SELECCIÓN"	18
	ANEXO 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS MACRO-PROCESOS A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL INSM "HD-HN"	19
	ANEXO 6: CRONOGRAMA PARA LA APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.....	20
	ANEXO 7: FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN	21



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2025

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud (MINSA) en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención de Salud viene desarrollando estrategias con la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, reduciendo las faltas atribuibles a los servicios de salud y garantizando una entrega estandarizada de los servicios de salud que permita una mayor satisfacción de los usuarios así como desarrollar una cultura de calidad en salud en todos los trabajadores .

En ese contexto 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 esto es un proceso permanente que requiere del compromiso total de todos los trabajadores.

En ese sentido, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobada mediante RM 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los establecimientos de Salud como un proceso del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad.

Actualmente la norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de junio del 2007 mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos la autoevaluación.

En ese sentido el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2025 es un documento en él se señala los objetivos y actividades para la aplicación de la auto-evaluación que sería la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación.

Las actividades contenidas en el presente PLAN DE AUTOEVALUACIÓN, han sido programadas por el Equipo de Evaluadores Internos, aprobado con Resolución Directoral N° 024-2025-DG-INSM "HD-HN", con la finalidad, de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios; así como fortalecer los Macroprocesos actuales.

II. FINALIDAD

Promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en la Institución, para garantizar que se brinde las prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos. Cuyos resultados obtenidos serán tomados como referencia para mejorar los procesos que sean necesarios a fin de garantizar la satisfacción de los usuarios.



III. OBJETIVOS

Objetivo Estratégico Institucional (POI Anual 2025)

Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el Marco de la Modernización de la Gestión Pública.

Se ha programado la Actividad AO1000121000018 – 5000003 Acciones del sistema de Gestión de la Calidad del POI Anual 2025 del INSM "HD-HN"

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de los estándares de acreditación en el Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN" mediante la aplicación de la Autoevaluación, para identificar nuestras fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Objetivo Específico N° 1

Fortalecer competencias de Evaluadores Internos para la Acreditación de la Institución según las Normas Técnicas del MINSA.

b) Objetivo Específico N° 2

Comprometer a los Órganos y unidades orgánicas en la planificación y desarrollo del Proceso de autoevaluación para la acreditación.

c) Objetivo Específico N° 3

Identificar oportunidades de mejora según los resultados de la Autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación, que permitan lograr la acreditación institucional.

d) Objetivo Específico N° 4

Lograr la sensibilización y motivación de los trabajadores para el cumplimiento de los estándares afín de lograr la Acreditación Institucional.

IV. BASE LEGAL

1. Ley 26842, Ley General de Salud.
2. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
3. Ley 27815, Ley "Código de Ética de la Función Pública."
4. Ley 27658, Ley "Marco de Modernización de la Gestión del Estado."
5. Decreto Legislativo N° 1088-2008, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).
6. Resolución Ministerial N° 462-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado –Hideyo Noguchi".
7. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud".





8. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”.
9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
10. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA/DGSP-V02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
11. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
12. Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que aprueba incorporar el Anexo 4 “Listado de Estándares de Acreditación para la Acreditación de Establecimientos de Salud con Categoría III-2”
13. Decreto Supremo N° 004-2013, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2022.
14. de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.
15. Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba la Norma para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Autoevaluación es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado –Hideyo Noguchi”.

VI. CONTENIDO DEL PLAN

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

6.1.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Acreditación:** 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 está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo e l calidad de atención y el desarrollo armónico e las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
2. **Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
3. **Atributos de Calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles deseados.
4. **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores interno 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.





5. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
6. **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
7. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
8. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
9. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
10. **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
11. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la prestación.
12. **Evaluación por pares:** Procedimiento de evaluación opcional del proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Tiene como finalidad contar con la opinión de evaluadores internos de otros establecimientos de salud de similar categoría, considerados pares. Su importancia está dada por el mejoramiento de la consistencia de la evaluación interna, como un paso previo a someterse a la evaluación externa, incrementando la oportunidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo para ser acreditado.
13. **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en las fases anteriores, autoevaluación o evaluación por pares (opcional). Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial otorgada por el Ministerio de Salud o Resolución Presidencial otorgada por los Gobiernos Regionales.
14. **Eventos adversos:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
15. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizarla total objetividad.





- 16. Informe técnico de la Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisan el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
- 17. Informe Técnico de la Evaluación Externa:** Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por los evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, incluyendo la opinión de calificación para la acreditación.
- 18. Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:** Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe Técnico de la Evaluación Externa.
- 19. Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

6.1.2 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

a) Técnicas de evaluación

El equipo de evaluadores internos utilizará diversas técnicas de evaluación, tales como: verificación de documentos, observación directa de los procesos, entrevistas, muestreo, encuestas, auditorías de registros médicos.

b) Instrumento a utilizarse

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas, códigos de criterios y criterios de evaluación, que constan de 21 Macroprocesos.

c) Proceso de ejecución

La autoevaluación se ejecutará siguiendo los pasos recomendados en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación, para dicho fin y en estrecha coordinación con las jefaturas involucradas. La metodología será la siguiente:

- ✓ Reunión para la elaboración del Plan
- ✓ Identificación de Macroprocesos y criterios para cada servicio.
- ✓ Conformación del equipo y responsables por cada Macro-proceso
- ✓ El equipo de evaluadores internos elegirá al evaluador líder, que integrará el equipo de evaluadores internos.
- ✓ La evaluación se realiza mediante la visita a las diferentes áreas verificando los criterios señalados.





- ✓ El proceso de ejecución de autoevaluación se hará con la presencia de los directores, jefes o coordinadores de área o quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- ✓ El equipo de autoevaluación al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados, a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- ✓ El evaluador líder será el responsable del monitoreo y supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación. Así mismo, el equipo de evaluadores internos estará encargado de la ejecución de la autoevaluación.
- ✓ Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe final, estará a cargo del evaluador líder y equipo de autoevaluación

6.2 ACTIVIDADES

OE 1.- Fortalecer competencias de Evaluadores Internos para la Acreditación de la Institución según las Normas Técnicas del MINSA.

- a) Conformación del Equipo de Evaluadores
- b) Capacitación al Equipo de Evaluadores
- c) Elaboración del Plan de Autoevaluación
- d) Reunión con los Evaluadores Internos para designar al Evaluador Líder

OE 2.- Comprometer a los Órganos y unidades orgánicas en la planificación y desarrollo del Proceso de autoevaluación para la acreditación.

- a) Reunión con los Evaluadores Internos para designar líderes responsables por cada Macroprocesos y distribución de los Macro-procesos a los Miembros del Equipo de Evaluadores Internos
- b) Evaluación in situ de todos los Macro procesos
- c) Consolidación de Resultados
- d) Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación

OE 3.- Identificar oportunidades de mejora según los resultados de la Autoevaluación para el cumplimiento de los estándares de acreditación, que permitan lograr la acreditación institucional

- a) Elaboración de un Plan de Acciones de Mejora Continua
- b) Seguimiento de Recomendaciones emitidas en la autoevaluación 2024.



OE 4.- Lograr la sensibilización y motivación de los trabajadores para el cumplimiento de los estándares afín de lograr la Acreditación Institucional.

- Reunión con el Equipo de Acreditación para dar a conocer los resultados del Proceso de autoevaluación
- Socialización del Informe del proceso de autoevaluación con los trabajadores del Instituto.

6.3 EVALUACIÓN: INDICADORES

- Porcentaje Obtenido de autoevaluación en Acreditación.

Actividad	Indicador	Unidad de Medida	Periodo	Entregable
Realizar la autoevaluación de los diferentes Macroprocesos	Porcentaje obtenido de autoevaluación en Acreditación de acuerdo al aplicativo de acreditación en los servicios de salud	%	Anual	Informe

- Porcentaje de Acciones de Mejora Implementadas

Actividad	Indicador	Unidad de Medida	Periodo	Entregable
Seguimiento de las Recomendaciones de Acciones de Mejora emitidas en la autoevaluación	Nº de Acciones de Mejora Implementadas / Nº total de Acciones de Mejora Propuestas X 100	%	Anual	Informe





6.4 IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OGC, SEGÚN EL MAPA DE PROCESOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL “HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI”, EN EL MARCO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA

INVENTARIO DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		
NIVEL PROC.	Nº CÓDIGO	NOMBRE DE PROCESOS Y SUBPROCESOS
0	PE 0.1	Gestión de la Planificación y Desarrollo Institucional
0	PE 0.5	Gestión de la Calidad
0	PE 05.01	Planificación y Diseño de la Gestión de la Calidad
0	PE 05.02	Implementación de la Gestión de la Calidad
0	PM 05.03	Evaluación de la Gestión de la Calidad
1	PM 05.03.1	Informe de Evaluación de Eventos Adversos, rondas de seguridad del paciente
1	PE 05.04.3	Informe de Autoevaluación
1	PE 05.04.3	Informe de Monitoreo y mejora continua
0	PM 05.04	Mejora de la Gestión de la Calidad
1	PM 05.04.1	Implementación de acciones de mejora en el establecimiento de salud.

*Fuente Mapa de Procesos OEPE/EO y MI del INSM “HD-HN”

6.5 RESPONSABILIDADES

Se tiene las siguientes responsabilidades respecto al proceso de la Autoevaluación:

DEL DIRECTOR DEL INSTITUTO

- ✓ Conformar el Equipo de Acreditación.
- ✓ Conformar el Equipo de evaluadores Internos
- ✓ Aprobar con R.D. Plan de Autoevaluación.

DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- ✓ Elaborar el plan de autoevaluación, así como realizar la autoevaluación de los macro procesos
- ✓ El proceso de la evaluación de los Macroprocesos tiene como máximo la duración de 30 días
- ✓ La elaboración del informe técnico de la autoevaluación estará a cargo del evaluador Líder.
- ✓ Elaborar un plan de acciones de mejora según puntajes obtenidos en la autoevaluación.





DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- ✓ Capacitación de los Evaluadores Internos
- ✓ Reunión con los Evaluadores Internos para designar líderes responsables por cada Macroprocesos y distribución de los Macro-procesos.
- ✓ Socialización del Informe del proceso de autoevaluación con los trabajadores el Instituto Seguimiento de recomendaciones emitidas en la autoevaluación 2024.
- ✓ Informe el seguimiento de las observaciones.

6.6 RECURSOS E INSTRUMENTOS

- ✓ Evaluadores Internos seleccionados y capacitados
- ✓ Norma Técnica N° 050-MINSA /DGSP-V.02 “Norma Técnica de salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- ✓ Listado de estándares de Acreditación Categorías III-2
- ✓ Guía de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Hoja de Registro de Datos para la evaluación.
- ✓ Aplicativo Informático para el registro y procesamiento de Resultados.

6.7 PRESUPUESTO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Para el desarrollo de las actividades del Plan Anual de Autoevaluación 2025, se dispone con los recursos propios de la Institución, por lo que no se requiere presupuesto adicional para la implementación del mencionado Plan.



VII. ANEXOS

ANEXO 1A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	ABRIL			MAYO	JUNIO	JULIO							SETIEMBRE										OCTUBRE									
		7	9	11	27	23	7	18	21	22	23	24	25	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y aprobación con R.D. y designación de evaluador líder.	Equipo de Evaluadores Internos 2025	X	X																														
Designación de responsables por cada macroproceso	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones			X																													
Presentación del Plan a la Dirección	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones			X																													
Reunión de trabajo con el equipo de evaluadores y análisis del Listado de Estándares de Acreditación	Equipo de Evaluadores Internos 2025				X	X				X																							
Presentación del Plan a los Jefes de servicios/Directores	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones										X																						
Comunicación de inicio de la Autoevaluación al MNSA	Oficina de Gestión de la Calidad						X																										
Macroprocesos																																	
MP 1: Direccionamiento (DIR)	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 8: Atención de Hospitalización (ATH)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 9: Atención de Emergencia (EMG)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 12: Docencia (DOC)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 7: Atención Ambulatoria (ATA)	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 11: Investigación (INV)	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 15: Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 17: Gestión de la Información (GIN)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 5: Gestión de seguridad ante Desastres (GSD)	Sra. Nadith Estrada Zumaeta													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 20: Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 14: Admisión y Alta (ADA)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 13: Atención de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 16: Gestión de Medicamentos (GMD)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
MP 3: Gestión de la Calidad (GCA)														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Procesamiento de datos	Equipo de Evaluadores Internos																							X	X								
Análisis de resultados	Equipo de Evaluadores Internos																									X	X						
Elaboración del informe preliminar	Equipo de Evaluadores Internos																										X	X					
Presentación del informe preliminar	Lider del Equipo de Evaluadores Internos																												X				
Revisión y corrección del informe	Lider del Equipo de Evaluadores Internos																													X	X		
Entrega del informe técnico	Lider del Equipo de Evaluadores Internos																																

Lider del Equipo de Evaluadores: M.C. Ana Yolanda Pérez Briones



ANEXO 1B: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

RESPONSABLE POR SUB-EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	SEPTIEMBRE 2025										RESPONSABLE (S) EVALUADO/S
			lunes 15	martes 16	miércoles 17	jueves 18	viernes 19	lunes 22	martes 23	miércoles 24	jueves 25	viernes 26	
1 Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina	MP 1: Direccionamiento (DIR)	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares	Mañana	Mañana									Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
	MP 8: Atención de Hospitalización (ATH)	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares			Mañana	Mañana		Tarde					Directores Ejecutivos de las DEIDAE Nya, DEIDAE Adultos y Adultos Mayores, DEIDAE Adicciones, Jefe del Departamento de Emergencia
	MP 9: Atención de Emergencia (EMG)	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares					Mañana	Mañana			Tarde		Jefe del Departamento de Emergencia
	MP 12: Docencia (DOC)	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares							Mañana	Mañana		Tarde	Director ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
2 M.C. Ana Yolanda Pérez Briones	MP 7: Atención Ambulatoria (ATA)	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas	Mañana	Mañana							Tarde	Tarde	Directores Ejecutivos de las DEIDAE Nya, DEIDAE Adultos y Adultos Mayores, DEIDAE Adicciones
	MP 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas			Mañana	Mañana							Jefe de la Oficina de Administración / Jefe de la Oficina de Personal
	MP 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas					Mañana	Mañana					Jefe del Departamento de Enfermería / Jefe de la Oficina de Epidemiología
	MP 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas							Mañana	Mañana			Jefe de la Oficina de Estadística e Informática / Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad / Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
3 Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales	MP 11: Investigación (INV)	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales /Lic. Ps. Nancy Nery Paye Sánchez	Mañana	Mañana					Tarde				Director ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
	MP 15: Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales /Lic. Ps. Nancy Nery Paye Sánchez			Mañana	Mañana				Tarde			Responsable de Referencia y Contrareferencia / Jefe del Departamento de Emergencia
	MP 17: Gestión de la Información (GIN)	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales /Lic. Ps. Nancy Nery Paye Sánchez					Mañana	Mañana			Tarde	Tarde	Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
4 Sra. Nadith Estrada Zumaeta	MP 5: Gestión de seguridad ante Desastres (GSD)	Sra. Nadith Estrada Zumaeta/Sra. Mara Patricia Diaz	Mañana	Mañana					Tarde				Jefe de la Unidad de Gestión de Riesgos y Desastres
	MP 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	Sra. Nadith Estrada Zumaeta/Sra. Mara Patricia Diaz			Mañana	Mañana				Tarde			Jefe de la Oficina de Epidemiología
	MP 20: Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)	Sra. Nadith Estrada Zumaeta/Sra. Mara Patricia Diaz					Mañana	Mañana			Tarde	Tarde	Jefe del Servicio de Nutrición
5 Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto	MP 14: Admisión y Alta (ADA)	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina	Mañana	Mañana									Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
	MP 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina			Mañana	Mañana							Jefe del Servicio Social
	MP 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina					Mañana	Mañana			Tarde	Tarde	Jefe de la Oficina de Administración / Jefe de la Oficina de Personal / Jefe de la Oficina de Logística / Jefe de la Oficina de Servicios Generales
	MP 13: Atención de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT)	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina							Mañana	Mañana			Director ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento
6 Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes	MP 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes / Ing. Pablo Joel Cervantes Torres	Mañana	Mañana					Tarde				Jefe de la Oficina de Administración / Jefe de la Oficina de Logística / Jefe de la Oficina de Servicios Generales
	MP 16: Gestión de Medicamentos (GMD)	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes / Ing. Pablo Joel Cervantes Torres			Mañana	Mañana					Tarde	Tarde	Jefe del Servicio de Farmacia / Jefe de la Oficina de Logística
	MP 3: Gestión de la Calidad (GCA)	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes / Ing. Pablo Joel Cervantes Torres					Mañana	Mañana		Tarde			Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO 2: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macro-proceso _____

Evaluador (es) _____

:

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la Evaluación: _____

Código del Estándar: _____

Código de Criterio de evaluación	Puntaje	Fuente Auditable	Técnica utilizada	Sustento de Puntaje/ Comentarios

Firma _____





ANEXO 3: HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluador (es) _____

Fecha: _____

Servicios Evaluados: _____

Macro-procesos	Observaciones	Recomendaciones

Firma: _____



**ANEXO 4: “MATRIZ DE SELECCIÓN”**

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

Problemas de interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional
de Salud Mental

ANEXO 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS MACRO-PROCESOS A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DEL INSM “HD-HN”

Nº Nombre de Macro-proceso (MP) a Evaluar	Nº de Estandares	Nº de Criterios	Miembros del Equipo
MP 1: Direccionamiento (DIR)	3	12	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares
MP 8: Atención de Hospitalización (ATH)	7	21	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares
MP 9: Atención de Emergencia (EMG)	3	15	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares
MP 12: Docencia (DOC)	1	10	Mg. M.C. Salvador Ramón Zelaya Medina /Sr. Heron Arsenio Salazar Olivares
MP 7: Atención Ambulatoria (ATA)	3	11	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas
MP 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)	4	11	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas
MP 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	4	20	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas
MP 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)	2	11	M.C. Ana Yolanda Pérez Briones /Lic. Ps. Marleny Gladys Jimenez Rodas
MP 11: Investigación (INV)	3	17	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales /Lic. Ps. Nancy Nery Paye Sánchez
MP 15: Tecnología para la Continuidad de la Atención (TCA)	5	16	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales /Lic. Ps. Nancy Nery Paye Sánchez
MP 17: Gestión de la Información (GIN)	3	15	Lic. T.M. Fátima Graciela Magda Fernández Morales /Lic. Ps. Nancy Nery Paye Sánchez
MP 5: Gestión de seguridad ante Desastres (GSD)	3	18	Sra. Nadith Estrada Zumaeta/Sra. Mara Patricia Diaz Asto
MP 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	8	37	Sra. Nadith Estrada Zumaeta/Sra. Mara Patricia Diaz Asto
MP 20: Manejo de Nutrición de Pacientes (MNP)	2	10	Sra. Nadith Estrada Zumaeta/Sra. Mara Patricia Diaz Asto
MP 14: Admisión y Alta (ADA)	3	15	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina
MP 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)	2	6	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina
MP 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	2	8	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina
MP 13: Atención de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado (ADT)	3	13	Lic. Adm. Luz Daniela Acosta Soto/CPC Teresa Gonzales Mina
MP 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (GEIF)	2	13	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes / Ing. Pablo Joel Cervantes Torres
MP 16: Gestión de Medicamentos (GMD)	3	16	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes / Ing. Pablo Joel Cervantes Torres
MP 3: Gestión de la Calidad (GCA)	3	20	Sr. Elmer Henry Leiva Jaimes / Ing. Pablo Joel Cervantes Torres



ANEXO 6: CRONOGRAMA PARA LA APLICACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

Macro-proceso	Equipos de Evaluadores internos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Responsable Evaluador



ANEXO 7: FLUJOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN

