

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE
JUNÍN Y AYACUCHO"

Macusani, 28 de junio del 2024

OFICIO N° 0718 – 2024/DIRESA PUNO/RSC/HMPM

SEÑOR :
MED. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA
DIRECTOR DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
PRESENTE. –

ASUNTO : REMITO PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

ATENCIÓN : UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Tengo el agrado dirigirme a usted, asimismo reciba un cordial saludo a nombre del Hospital "San Martín de Porres" – Macusani, por el presente Remito **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES**, conforme al **INFORME N° 053-2024-DIRESA PUNO/RSC/HMPM/GC/MSCM** el cual adjunto al presente.

Sin otro particular, expreso a usted mi consideración y estima personal.

Atentamente,



HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES
MACUSANI
DR. EDWIN JOSE CORRALES MEJIA
DIRECTOR

C.E./M.R.
Dr. HCY/1008

Hospital San Martín de Porres – Macusani
Av. Simón Bolívar N° 1102 con Jr. Cauano N° 106 (Sector 11) – Campesino
Macusani) – Carabaya – Puno



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CARABAYA



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

INFORME N° 053-2024-DIRESA PUNO/RSC/HSMPM/GC/MSCM

A : DR. HERNÁN JOSE CONDORI YANQUI
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES

DE : C.D. MILAGROS S. CRESPO MIRANDA
(E) GESTIÓN DE LA CALIDAD HSMP

ATENCIÓN : LIC. JAEN BALDARRAGO GILBERTO
OFICINA EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD DIRESA PUNO

: C.D. KAREN ISABEL HERRERA MACHACA
(E) GESTION DE LA CALIDAD RED DE SALUD CARABAYA

ASUNTO : PLAN DE AUTOEVALUCIÓN

FECHA : MACUSANI, 20 DE JUNIO DEL 2024

27 JUN 2024	
Reg. N° 4660	FOLIO: 11
HORA: 14:31	FIRMA: [Signature]

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y por intermedio del presente remitir plan de Autoevaluación del Hospital San Martín de Porres Macusani, Aprobado con Resolución Directoral.

- Se adjunta a la presente:
 - Resolución Directoral.
 - Plan de autoevaluación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de estima personal.

Atentamente,


 C.D. Karen Isabel Herrera Machaca
 COE 2545
 ÁREA DE CALIDAD





Resolución Directoral

Macusani, 23 de mayo del 2024

VISTO:

El Expediente con Registro N° 3925-2024 que contiene el OFICIO N° 0421-2024/DIRESA PUNO/RSC/HSPMP de fecha de 30 de abril de 2024 e INFORME N° 030-2024-DIRESA PUNO/RSC/HSPMP/GC/MSCM, del Área de Gestión de Calidad del HSPMP que solicita la emisión de acto resolutorio de APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024 DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI II-2, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la protección de la salud es de interés público y es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; así pues, resulta responsabilidad del Estado reducir el impacto negativo en la población ante la existencia de situaciones de riesgos elevados para la salud y la vida de los pobladores, así como mejorar las condiciones sanitarias y la calidad de vida de su población.

Que, el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento; así el artículo 2° define el término acreditación como el procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de Salud. El artículo 9° de la norma precitada establece que "Los establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo están obligados a garantizar la seguridad y calidad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda". El artículo 96°, dispone que: "A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° del presente reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención en salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan al proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud; asimismo, señala que 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, y la finalidad es garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se Aprueba la Norma Técnica N° 50-MINSA/DGSP-V.02, "NORMA TÉCNICA DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DE SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO", establece 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, refiere que el equipo evaluador interno realiza las acciones de evaluación según el plan de autoevaluación (aprobado por la autoridad institucional) y concluye con la emisión de un Informe técnico de Autoevaluación que hará de conocimiento a la autoridad institucional para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo de planes de acción;

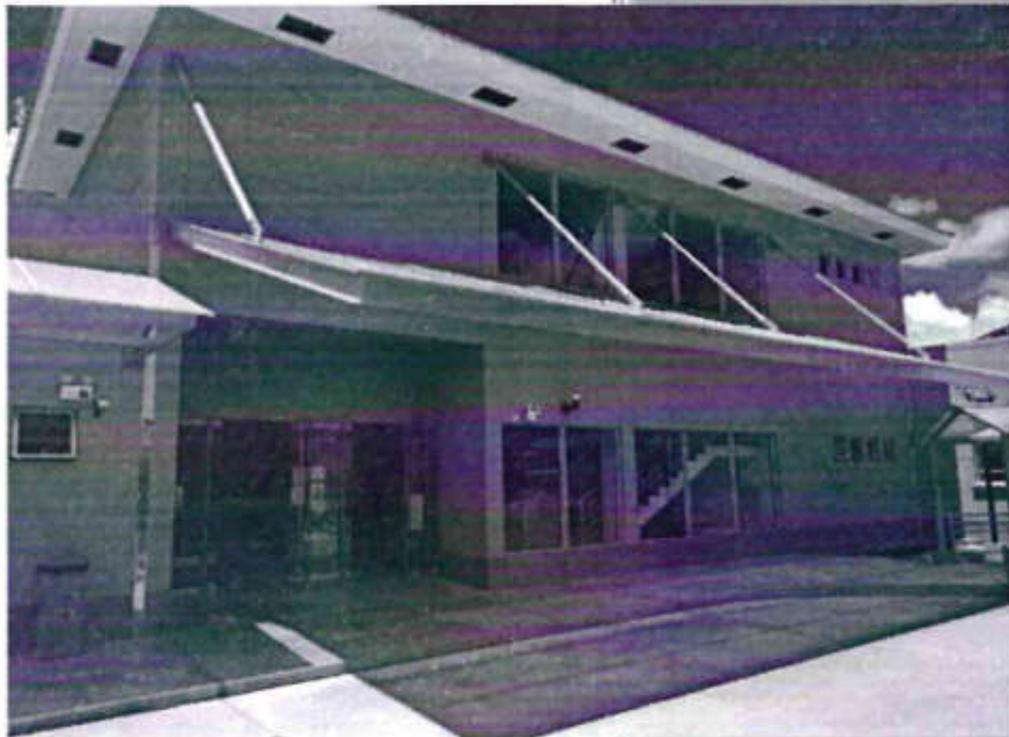
Que, mediante RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 270-2009/MINSA, se aprueba LA "GUÍA TÉCNICA DEL EVALUADOR PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO" y el "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA se aprueba el Documento Técnico "POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las



2024

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



HSMPM

GESTIÓN DE LA CALIDAD

24-4-2024

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de 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.

La acreditación es un proceso de evaluación basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos, los cuales se deberían alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo para así poder brindar una mejor calidad de atención y desarrollo de las unidades armónicas de las unidades productoras de servicios de salud de un establecimiento de salud. Lo que se busca lograr con la acreditación de un establecimiento de salud es garantizar a los usuarios y al sistema de salud según el nivel de complejidad cuenten con las capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales según NTS N° 050-minsa/dgsp-v.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

Se elabora el presente plan de autoevaluación para poder definir la actividad a desarrollarse durante el año en las diferentes UPSS, UPS Y Áreas del Hospital San Martín de Porres Macusani y así por ende verificar mediante la serie de estándares definidos en los 22 macroprocesos.

II. JUSTIFICACIÓN

Según el presente plan de se llevará a cabo el proceso de autoevaluación del Hospital San Martín de Porres, los evaluadores internos darán cumplimiento al cronograma y desarrollaran las actividades ya establecidas en el presente plan, SEGÚN NORMA TECNICA N° 050-MINSA/DGSP-V.02 (LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACION PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGRIA II-2) en beneficio de nuestros usuarios, para el cumplimiento de los convenios de gestión y Según el plan anual del Área de Gestión de la Calidad del Hospital San Martín de Porres.

El proceso de autoevaluación es considerado como compromiso de mejora de los servicios a cumplir del convenio de Gestión 2024 con la ficha técnica N° 30.

Todas las informaciones recabadas durante el proceso de autoevaluación mediante las fuentes de verificación se verán plasmadas en el informe técnico que se emitirá al termino del proceso.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Promover las actividades de autoevaluación para poder constatar el nivel de cumplimiento de estándares nacionales establecido para una categoría II-2, así poder tener acciones de mejora para acceder a la acreditación del Hospital San Martín de Porres – Macusani y así contribuir a la satisfacción de nuestros usuarios.

3.2 Objetivo específico:

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación.
- identificar el nivel de cumplimiento de los estándares correspondiente a los macroprocesos de acreditación que corresponden a un establecimiento de nivel II-2.
- Identificar los nudos críticos.
- Emitir un informe sobre los resultados generados por el proceso de autoevaluación al área pertinente para así desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

IV. ALCANCE:

El presente plan de autoevaluación es de aplicación en todas las unidades productoras de servicios de salud, subunidades productoras de servicio y áreas en el Hospital San Martín de Porres Macusani.

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – ley general de Salud
- Resolución Ministerial N° 519 – 2006, aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, aprueba la NTS. N° 050-MINSA/DGSP-V.02 2norma técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- Resolución Ministerial N° 270 – 2009/MINSA que aprueba la guía Técnica del Evaluador para la acreditación del establecimiento de salud y servicios Médicos de Apoyo.

VI. DISPOSICIONES GENERALES:

Las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control por la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional.

El Listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único instrumento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad estructura,

procesos y resultados que deben cumplir los establecimientos de salud, para acreditarse.

La revisión de los estándares de acreditación se realizará mínimo cada año, la cual contará con la participación de las jefaturas de las diferentes UPSS Y UPS.

Los estándares de acreditación deben tener un alcance integral del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y deben estar prioritariamente enfocados en procesos, como punto central de la metodología de mejoramiento continuo y basado en el enfoque al usuario.

VII. DEFINICIONES OPERACIONALES:

- A. **Autoevaluación:** 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 Avanzando hacia la acreditación, 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.
- B. **Atención en salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- C. **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- D. **Evaluadores internos:** realizaran la evaluación interna o autoevaluación dentro de los límites del hospital san Martín de Porres Macusani aplicando los estándares de aplicación.
- E. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- F. **Informe técnico de autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

- G. **Listado de estándares:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones
- H. **Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

VIII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

Instrumentos utilizar:

Para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo se hará uso de un conjunto de instrumentos:

- a) Listado de Estándares de Acreditación (II-2)
 - b) Guía del Evaluador
 - c) El aplicativo para el registro de resultados y otros documentos de soporte para el desarrollo del proceso.
- a. El Listado de Estándares de Acreditación contiene un conjunto de estándares organizados por macroprocesos. Los estándares se despliegan en criterios de evaluación y éstos a su vez tienen variables de evaluación con una puntuación predefinida en la escala de cero a dos. El Listado de Estándares de Acreditación contiene tanto estándares genéricos como específicos.
- Los estándares genéricos son de aplicación universal cuales quiera sea el nivel de complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo según corresponda.
 - Los estándares específicos se establecen y responden a realidades epidemiológicas propias de cada región.
- b. La Guía del Evaluador que describe la metodología a seguir para la acreditación.
- c. El aplicativo para el registro de resultados es un instrumento informático que se pondrá a disposición de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo y de los evaluadores externos.

IX. PROCESO DE EJECUCIÓN:

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

- Verificación/ revisión documentaria

- Observación
- Entrevistas
- Auditorias

La aplicación de dicha metodología se realizará por medio de:

- ✓ Reuniones con jefes de las upss
- ✓ Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- ✓ Despliegue de las técnicas de evaluación.
- ✓ Visita de los diferentes servicios verificando los estándares señalados
- ✓ El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de establecimiento o quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- ✓ El equipo de acreditación y el evaluador líder será responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- ✓ Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar, estará a cargo del evaluador líder y equipo de acreditación.
- ✓ La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- ✓ Finalmente, el equipo de acreditación hará la presentación de los resultados.

X. ORGANIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

El equipo de autoevaluación del Hospital San Martín de Porres Macusani está conformado por 2 comités:

Comité de Evaluadores Internos:

N.º	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	RESPONSABILIDAD	CARGO
1	GUILLEN APAZA, ROCIO ZAIDA	CIRUJANO PEDIATRA	RESPONSABLE DE PEDIÁTRICA DE CIRUGÍA	PRESIDENTE
2	PAUL JOHN CANO PINEDA	MEDICO CIRUJANO	RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL DEL MEDIO AMBIENTE	MIEMBRO
3	MILAGROS SHEYLA CRESPO MIRANDA	CIRUJANO DENTISTA	RESPONSABLE DE UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	SECRETARIA
4	RAQUEL BRAVO QUEA	CIRUJANO DENTISTA	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA	MIEMBRO
6	EUDIS WINDEBEL GUTIERREZ SALGUERO	INGENIERO ESTADISTICO	RESPONSABLE DE AREA DE ESTADISTICA	MIEMBRO
7	ESMILSA RODRIGUEZ MANGO	LICENCIADA EN ENFERMERIA	RESPONSABLE DE ENFERMERIA	MIEMBRO
9.	AMBROCIO SUCASACA MARIA ESTHER	OBSTETRA	RESPONSABLE DE CENTRO OBSTÉTRICO	MIEMBRO

Comité de Acreditadores:

JEFATURAS DE UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD – UPSS			
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	JEFATURAS
1.	SUCACAHUA APAZA DAVID BRINDISI CANAZA QUISPE, LUZ MARINA	CIRUJANO ONCÓLOGO LICENCIADA EN ENFERMERÍA	UPSS CONSULTORIOS EXTERNOS
2.	SAIRITUPA FLORES, EDER LENNART SALGUERO LUNA MARISOL	MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES LICENCIADA EN ENFERMERIA	UPSS EMERGENCIA
3.	PIÑAZO RAMOS, NALDA ESPERANZA AMBROCIO SUCASACA MARIA ESTHER	MEDICO GINECO-OBSTETRA OBSTETRA	UPSS CENTRO OBSTÉTRICO Y GINECO- OBSTETRICIA
4.	MACHACA TAPIA, IVAN PEDRO ZAPANA ILLACHURA YOVANA	MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA ANESTESIÓLOGO LICENCIADA EN ENFERMERÍA	UPSS CENTRO QUIRÚRGICO
5.	YUPANQUI FREDES ADHEMIR EDWING POMA POMARI LIZ MAGALI	MEDICO PEDIATRA LICENCIADA EN ENFERMERÍA	UPSS HOSPITALIZACIÓN
6.	AGUILAR VALERIANO FREDY	BIÓLOGO	UPSS PATOLOGÍA CLÍNICA
7.	HUICHI JARA JESUS BAUTISTO	BIÓLOGO	UPSS ANATOMÍA PATOLÓGICA
8.	MENDOZA CHIROQUE FRANCISCO JAVIER AVALOS VELASQUEZ, VICENTE WILBER	MÉDICO RADIOLOGO OPERADOR DE EQUIPOS MÉDICOS	UPSS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
9.	APAZA TURPO ROXANA	BIÓLOGA	UPSS BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA
10.	HUALLULLO OLIVERA IVY KATY	MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	UPSS MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
11.	ROQUE GAYOSO KLEYDER EBELDIZ	LICENCIADO EN NUTRICIÓN HUMANA	UPSS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
12.	ORTEGA TORRES CAREN YVONE	QUÍMICO FARMACÉUTICO	UPSS FARMACIA
13.	PARI APAZA YOLANDA	LICENCIADA EN ENFERMERIA	UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACION
14.	HUAYNOCA MAMANI DIEGO BILVAO MAMANI MAMANI MIGUEL ANGEL	MÉDICO INTENSIVISTA LICENCIADO EN ENFERMERÍA	UPSS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

XI. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

1. Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:
 - A. Acreditado: calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
 - B. No acreditado: menos de 85% del cumplimiento de los estándares.
2. En el caso de que la evaluación externa califique al establecimiento de salud o servicio médico de apoyo como NO ACREDITADO, los plazos y los procedimientos de evaluación que debe cumplir el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo que desee continuar el proceso para lograr la acreditación, según puntajes alcanzados, son los siguientes:
 - A. Puntaje obtenido entre 70% y menor de 85% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse a la evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
 - B. Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a una evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
 - C. Puntaje menor a 50% de los estándares. Estos establecimientos de salud deben subsanar los criterios observados y reiniciar el proceso desde la autoevaluación.
3. En el caso de que los plazos no se cumplan, el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo deberá reiniciar el proceso desde la fase de autoevaluación.
4. La presentación de los resultados generales de los procesos de autoevaluación y de acreditación será anual.



XII. CRONOGRAMA:

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2024								ÁREA RESPONSABLE		
					May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL LISTADO DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES HUAYCAYAN	ORGANIZAR Y PLANIFICAR PARA LA AUTOEVALUACIÓN	Confirmar e interno equipo de evaluadores	1	RD que conformación aprueba la	X									Dirección General	
		Capacitación a los evaluadores internos	4	Informe de capacitación	X									Área de gestión de la calidad Evaluadores internos	
		Designación de líder	1	Informe											Área de gestión de la calidad
		Designación macroproceso de responsables por	1	Listado y acta											Área de gestión de la calidad
		Designar equipo por cada macro proceso	1	Informe y Acta											Equipo de evaluadores
		Aprobación con acto resolutivo de plan de autoevaluación	1	RD que aprueba el plan de autoevaluación											Dirección general de
		Difusión del plan de autoevaluación 2024	1	Página web, Banner, díptico, correo electrónico,		X									Oficina comunicaciones de
	REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN	Reunión de análisis de fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	1	Lista de asistencia											Área de gestión de la calidad
		Aplicación de la lista de estándares	22	Hojas de registro de datos para autoevaluación				X							Área de gestión de la calidad
		Procesamiento resultados de datos y análisis	1	datos en aplicativo						X					Líder de evaluadores internos
	ANALIZAR RESULTADOS	Elaboración de informe de proceso de autoevaluación	1	INFORME								X			Área de gestión de la calidad

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR SUB EQUIPOS 2024:

CRONOGRAMA MACROPROCESOS	DE ACTIVIDADES	POR SUB EQUIPOS	PARA AUTOEVALUACIÓN	POR				
REDES:	CARABAYA							
IPRESS:	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES							
Grupos según macro proceso	Responsable es por Subequipos	Macro procesos	Equipos de Evaluadores Internos	OCT.	OCT.	OCT.	OCT.	Responsable(s) Evaluado/s
CRITERIOS GERENCIALES		Direccionamiento	Equipos de Evaluadores Internos		Mañana			DIRECTOR
		Gestión de recursos humanos	Equipos de Evaluadores Internos	Tarde				CPC. ALVARO
		Gestión de la calidad	Equipos de Evaluadores Internos	Tarde				C.D MILAGROS
		Manejo del riesgo de atención	Equipos de Evaluadores Internos			Mañana		ING. NILSA
		Emergencias y desastres	Equipos de Evaluadores Internos			Tarde		LIC.MARISOL
		Control de la gestión y prestación	Equipos de Evaluadores Internos				Mañana	ING. EUDIS
PRESTACIONALES		Atención ambulatoria	Equipos de Evaluadores Internos			Tarde		M.C. RUBY
		Atención de hospitalización	Equipos de Evaluadores Internos			Mañana		LIC. MAGALI
		Atención de emergencia	Equipos de Evaluadores Internos				Tarde	LIC. MARISOL
		Atención quirúrgica	Equipos de Evaluadores Internos				Mañana	LIC.YOVANA
		Apoyo al diagnóstico y tratamiento	Equipos de Evaluadores Internos	Mañana				LIC. FREDY
		Admisión y alta	Equipos de Evaluadores Internos			Mañana		ING. GEDEONI
		Referencia y contrareferencia	Equipos de Evaluadores Internos				Mañana	OBST. YAQUELINE
		Gestión de medicamentos	Equipos de Evaluadores Internos				Tarde	Q.F. KAREN
		Gestión de la información.	Equipos de Evaluadores Internos				Mañana	ING. GEDEONI
		Esterilización, lavandería, limpieza	Equipos de Evaluadores Internos	Mañana				LIC. YOLANDA
		Manejo del riesgo social	Equipos de Evaluadores Internos			Mañana		LIC. BRIGIDA
		Manejo de nutrición de pacientes	Equipos de Evaluadores Internos				tarde	LIC. KLEYDER

		Gestión de insumos y materiales	Equipos de Evaluadores Internos				tarde	CPC, VIDAL
		Gestión de equipos-infraestructura	Equipos de Evaluadores Internos	mañana				ING. RICHARD