



JUNIN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
Región Junín - Salud Tarma
HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO

Mtro. JUAN MIGUEL RAMÍREZ VÁSQUEZ
Jefe de la Oficina de Recursos Humanos
CLAD N° 8951

Resolución Directoral

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE JUNIN
HOSPITAL "FÉLIX MAYORCA SOTO" TARMA
Sra. Ada Isabel Espejo Osorio
Resp. Área de Selección, Eval. y Capac

N° 0165-2025/GRJ/DRSJ/RIST/ORRH.

Tarma, 21 de Abril del 2025.

Visto el Expediente N° 06130705-2025, Informe N° 028-2025-GRJ/DRSJ/RIST/OSP-AGCS, Informe, N° 0073-2025-GRJ/DIRESA/RIST/OPPM-UM, y Memorando N° 313-2025/GRJ/DIRESA/RIST-DE;

CONSIDERANDO:

Que, es necesario y conveniente la Aprobación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de las IPRESS de la Red Integrada de Salud Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto 2024", con el objetivo de cumplir con los estándares y criterios de calidad en los servicios que brinda el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, a través de la implementación de acciones de mejora en las áreas susceptibles de mejoramiento, identificadas en la fase de autoevaluación del proceso de acreditación, teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud de acuerdo a su categoría. Establecidos por el Ministerio de Salud;

Que, según Informe N° 0073-2025/GRJ/DIRESA/RIST/OPPM-UM, emitido por la Jefa Encargada de la Oficina de Planeamiento Presupuesto y Modernización, refiere que visto el documento de la referencia en la donde la Responsable Área de Gestión de Calidad OSP-RIST, presenta el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación de las IPRESS de la Red Integrada de Salud Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto 2025", por lo que cumpla con informar lo siguiente:

Que, según Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se Aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras, con la finalidad de fortalecer el rol de Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud, y con Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA; aprueba la "Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de 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 pertenecen a los niveles I, II, y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros; en el objetivo es de brindar elementos conceptuales sobre el proceso de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención; proporcionando elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa y establecer pautas para la organización del trabajo de los evaluadores internos y externos durante el proceso de Acreditación; que tiene como Finalidad la Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo, 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, de conformidad con lo establecido por la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, y su modificatoria Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos; Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud; Decreto Supremo N° 013-2006-SA – que Aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud; Decreto Supremo N° 002-2019-SA – que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS; Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA – que Aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA – que Aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA – que Aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA – que Aprueba la NTS N° 072-2008/MINSA "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica"; 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; Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA – que Aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud; Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA – que Aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de –

./.

I..

Apoyo; Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA – que Aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”; Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA – que aprueba la Guía Técnica de elaboración de Proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad; Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA – que Aprueba la Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud; Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA – que Aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud; Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA – que Aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud; Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA – que Aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica; Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA- que Aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”; Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA – que Aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica; Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA – que Aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”;

Que, mediante Memorando N° 0313-2025/GRSJ/DIRESA/RST-DE, el Director Ejecutivo de la Red Integrada de Salud Tarma, **Autoriza** se elabore la Resolución Directoral de Aprobación del “**Plan de Autoevaluación para la Acreditación de las IPRESS de la Red Integrada de Salud Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto 2025**”, con la finalidad de contribuir a garantizar que los 55 establecimientos de salud de primer nivel de atención de la RIS Tarma y el Hospital Félix Mayorca Soto, brinden prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

En uso de las facultades conferidas por la Resolución Directoral N° 064-2025/DRSJ/OEGRH;

Estando a lo informado por la Responsable del Área de Gestión de Calidad OSP-RIST, Jefa de la Oficina de Planeamiento Presupuesto y Modernización de la Red Integrada de Salud Tarma; y

Con la opinión del Jefe de la Oficina de Recursos Humanos de la Red Integrada de Salud Tarma;

SE RESUELVE:

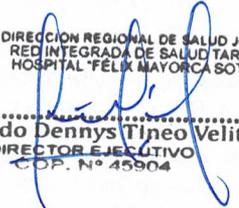
Artículo Único.- Aprobar el “**Plan de Autoevaluación para la Acreditación de las IPRESS de la Red Integrada de Salud Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto 2025**”; el cual consta de: Carátula, Índice, I. Introducción, II. Justificación, III Finalidad, IV. Marco Legal, V. Objetivos, 5.1 General, 5.2 Objetivos Específicos, VI. Ámbito de Aplicación, VII. Metodología de Trabajo, VIII. Contenido, IX. Organizadores, X. Responsabilidades, XI. Presupuesto, XII. Cronograma.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

(Fdo.) Cirujano Dentista Aldo Dennys TINEO VELITA, Director Ejecutivo de la Red Integrada de Salud Tarma.

Señor: COORDINADORA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Que, transcribo a usted para su conocimiento y demás fines

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED INTEGRADA DE SALUD TARMA
HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO**

.....
C.D. Aldo Dennys Tineo Velita
DIRECTOR EJECUTIVO
COP. N° 45904

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED INTEGRADA DE SALUD TARMA
ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

**PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE LAS IPRESS DE LA
RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO
2025**



C.D. ALDO DENNYS TINEO VELITA
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HFMS – RIS TARMA
LIC. ENF. ANA CHERO BAUTISTA
JEFA DE SALUD PÚBLICA DEL HFMS – RIS TARMA
LIC. ENF. PATRICIA CAYLLAHUA PEÑA
COORD. GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD HFMS – RIS TARMA



GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD TARMA

Lic. Patricia E. Cayllahua Peña
COORD. GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO
RED DE SALUD TARMA

Mg. Ana Rosal Chero Bautista
Jefatura de Salud Pública
RNM: 000144 - CEP: 19344



INDICE

I. INTRODUCCION 3
II. JUSTIFICACION 4
III. FINALIDAD 6
IV. MARCO LEGAL 7
V. OBJETIVOS 9
5.1. GENERAL 9
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 9
VI. AMBITO DE APLICACION 10
VII. METODOLOGIA DE TRABAJO 11
VIII. CONTENIDO 14
IX. ORGANIZADORES 15
X. RESPONSABILIDADES 18
XI. PRESUPUESTO 25
XII. CRONOGRAMA 26



I. INTRODUCCION

Dentro los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable. En nuestro país, el proceso para la acreditación se inicia en Junio de 1993, el mismo que ha ido evolucionando a lo largo de estos años. Actualmente se viene desarrollando en las Instituciones prestadoras de servicios de salud en concordancia con el Plan Nacional Concertado de salud, Lineamiento de política cinco, de mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud

La autoevaluación es una actividad importante incorporada en el Plan Operativo Anual Institucional, que estará a cargo de un equipo de evaluadores internos preparados y capacitados en base al perfil necesario según la Norma Técnica 050 –MINSa/DGSP. V2.0 “Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo aprobada con la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSa y la RM N° 491-2012/MINSa que incorpora el anexo 4: Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud II-2.

En ese contexto, mejorar la calidad de los servicios de Salud no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo.

La NTS N° 050-MINSa/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobada con la RM N° 456-2007/MINSa, define a la autoevaluación como 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.

Es por ello que ,el proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la autoevaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, instrumento





obligatorio de los prestadores públicos, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al hospital e IPRESS a superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

En este marco el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, plantean la necesidad de contar con un plan de Auto evaluación 2025 que dirija, los procesos a seguir siendo la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación la autoevaluación y la segunda fase del proceso de acreditación es la evaluación externa, fase necesaria para la obtención de la constancia de acreditación.

II. JUSTIFICACION

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

El nivel Nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal y se pone como meta llegar a un mayor o igual 85 % de calificación. El objetivo principal de la Autoevaluación es ir mejorando cada año el porcentaje alcanzado lo que se evidencia en nuestra Institución, la acreditación se basa en el principio de comparar una Institución con una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño y se puede constituir en un mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo



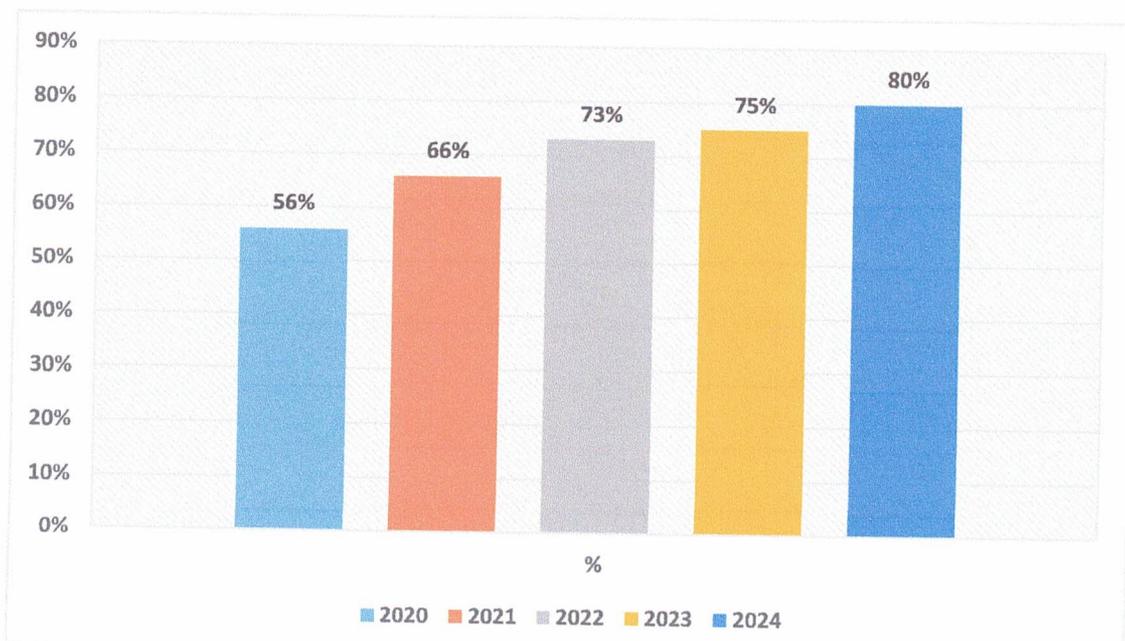


En el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, han elaborado el presente plan con la finalidad de obtener un basal de los procesos que se vienen realizando, realizar acciones de mejora continua, cumplir con los estándares establecidos de acuerdo a nuestro nivel de complejidad, lograr un desarrollo armónico de los servicios y solicitar la evaluación externa para obtener la condición de establecimiento de salud acreditado, es por ello que en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta, como desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basado en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera un claro incentivo más aún cuando está ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.

Observándose en el gráfico N°01 los resultados de las Autoevaluaciones realizadas en los años anteriores 2020-2021-2022-2023-2024, alcanzándose en la Autoevaluación del año 2024 el puntaje de 80% como puntaje NO aprobado debiendo de Subsananar en 6 meses

Grafico N° 1 Resultados de autoevaluación 2020-2024

HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO





Por ello el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, darán inicio al proceso de la Acreditación con el proceso de "Autoevaluación" que se ejecutara en el 100% de los establecimientos designados el mismo que se realizara en el presente año, los resultados de este proceso nos indicarán si tenemos debilidades en el desempeño del prestador de salud con respecto a los estándares óptimos y factibles.

En tal sentido, el presente documento responde expresamente al proceso de auto evaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma.

III. FINALIDAD

Contribuir y garantizar que los 55 establecimientos de salud de primer nivel de atención de la RIS Tarma y el Hospital Félix Mayorca Soto, brinden prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

En el marco del lineamiento de política del sector, el MINSA a través de la R.M. N° 456-2017/MINSA, con Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, brinda las pautas técnicas y metodológicas para realizar el proceso de Acreditación de IPRESS, las mismas que tienen por finalidad:

- Contribuir a garantizar a los usuarios y el sistema de salud que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de estándares nacionales previamente definidos.
- Uniformizar el desarrollo de las evaluaciones en los diferentes establecimientos, buscando lograr una mayor objetividad en la aplicación de los criterios de Autoevaluación para cada macro procesos (gerenciales, asistenciales y de apoyo en ese contexto se elabora el presente plan para su implementación)





IV. MARCO LEGAL

- ✓ Ley N°26842 - Ley General de la Salud, y su modificatoria Ley N°27604 - Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- ✓ Ley N°29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Ley N°29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS.
- ✓ Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- ✓ Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N°072-2008/MINSA "Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
- ✓ 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.





- ✓ Resolución Ministerial N°727-2009-MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021 MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
- Resolución Ministerial N°076-2014/MINSA, que aprueba la Guía técnica para la categorización de Establecimientos del Sector Salud.
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- ✓ Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- ✓ Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.



V. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Cumplir con los estándares y criterios de calidad en los servicios que brinda el Hospital Félix Mayorca Soto y las IPRESS de la RIS Tarma, a través de la implementación de acciones de mejora en las áreas susceptibles de mejoramiento, identificadas en la fase de autoevaluación del proceso de Acreditación, teniendo en cuenta el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud de acuerdo a su categoría. Establecidos por el Ministerio de Salud

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Comprometer al equipo de gestión, jefaturas y coordinadores de las UPSS y UPS en la autoevaluación y el análisis correspondiente como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brindan, priorizando los macro procesos del Listado de estándares nacionales para fortalecer a las IPRESS y UPSS del Hospital Félix Mayorca Soto a través de la identificación y socialización de los problemas y necesidad que conllevaran a la elaboración de los Planes de Mejora para la acreditación.
2. Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación, verificando el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes *macroprocesos de acreditación como IPRESS* de I nivel de la RIS Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto.
3. Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación
4. Monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en las Normas Técnicas de Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA.





VI. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación obligatoria en todas las IPRESS de la RIS Tarma y Hospital Félix Mayorca Soto, tal como se detalla a continuación:

IPRESS RED INTEGRADA DE SALUD TARMA PROGRAMADAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE FICHA TECNICA N°46 - INDICADOR DE CONVENIOS DE GESTION - COMPROMISO DE MEJORA

| Nº | CODIGO UNICO | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO | DISTRITO | CATEGORIA | ZONA SANITARIA |
|----|--------------|--|------------|-----------|--------------------------|
| 1 | 00000520 | DE APOYO FELIX MAYORCA SOTO | TARMA | II-2 | NO PERTENECE |
| 1 | 00027079 | CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO TARMA | TARMA | I-3 | NO PERTENECE |
| 2 | 00000587 | POMACHACA | TARMA | I-2 | ZONA SANITARIA TARMA |
| | 00000589 | VICORA CONGAS | TARMA | I-1 | |
| | 00000586 | MUYLO | TARMA | I-1 | |
| | 00000588 | MULLUCRO | TARMA | I-1 | |
| 6 | 00000584 | TARMATAMBO | TARMA | I-1 | |
| 7 | 00000591 | CARHUACATAC | TARMA | I-1 | |
| 8 | 00000593 | SANYACANCHA | TARMA | I-1 | |
| 9 | 00000592 | PALCAPACCHA | TARMA | I-1 | |
| 10 | 00000585 | COCHAS | TARMA | I-1 | |
| 11 | 00000590 | MISARURASHA | TARMA | I-1 | |
| 12 | 00000597 | LA UNION LETICIA | LA UNION | I-2 | |
| 13 | 00000599 | CONDORCOCHA | LA UNION | I-1 | |
| 14 | 00000598 | CUYRUHUASI | LA UNION | I-1 | |
| 15 | 00000600 | UCHURACRA | LA UNION | I-1 | |
| 16 | 00000595 | HUARICOLCA | HUARICOLCA | I-2 | |
| 17 | 00000596 | APAYCANCHILLA | HUARICOLCA | I-1 | |
| 18 | 00000568 | CONGAS ANTACUCHO | HUARICOLCA | I-1 | |
| 19 | 00000521 | ACOBAMBA | ACOBAMBA | I-4 | |
| 20 | 00000523 | HUARACAYO | ACOBAMBA | I-1 | |
| 21 | 00000524 | TUPIN | ACOBAMBA | I-1 | |
| 22 | 00000522 | PICOY | ACOBAMBA | I-1 | |
| 23 | 00000526 | COLLPA | ACOBAMBA | I-1 | |
| 24 | 00000525 | HUAYLAHUICHAN | ACOBAMBA | I-1 | ZONA SANITARIA PALCAMAYO |
| 25 | 00000527 | PALCAMAYO | PALCAMAYO | I-3 | |
| 26 | 00000531 | INCACHACA YANAMACHAY | PALCAMAYO | I-1 | |
| 27 | 00000532 | HUAMANIA | PALCAMAYO | I-1 | |
| 28 | 00000529 | OCHONGA | PALCAMAYO | I-1 | |
| 29 | 00000530 | RICRICAN CAUQUIRAN | PALCAMAYO | I-1 | |





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE LAS IPRESS
DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - 2025

Versión: 01

Página 11 de 33

| | | | | | | |
|----|----------|-------------------------|--------------------|-----|-------------------------|------------------------------|
| 30 | 00000533 | CALCA | PALCAMAYO | I-1 | | |
| 31 | 00000528 | YANAPUQUIO | PALCAMAYO | I-1 | | |
| 32 | 00000534 | SAN PEDRO DE CAJAS | SAN PEDRO DE CAJAS | I-3 | | |
| 33 | 00000535 | SAN JOSE DE CAYASH | SAN PEDRO DE CAJAS | I-1 | | |
| 34 | 00010344 | PURHUARACRA | SAN PEDRO DE CAJAS | I-1 | | |
| 35 | 00000542 | HUASAHUASI | HUASAHUASI | I-4 | | ZONA SANITARIA HUASAHUASI |
| 36 | 00000545 | HUACUAS | HUASAHUASI | I-1 | | |
| 37 | 00000547 | CHIRAS | HUASAHUASI | I-1 | | |
| 38 | 00000544 | PUNRAY | HUASAHUASI | I-1 | | |
| 39 | 00000548 | TIAMBRA | HUASAHUASI | I-1 | | |
| 40 | 00000546 | SAN JUAN DE LA LIBERTAD | HUASAHUASI | I-1 | ZONA SANITARIA PALCA | |
| 41 | 00000543 | CASCA | HUASAHUASI | I-1 | | |
| 42 | 00000569 | PALCA | PALCA | I-3 | | |
| 43 | 00000572 | LLACSACACA | PALCA | I-1 | | |
| 44 | 00000574 | YAROCA | PALCA | I-1 | | |
| 45 | 00000575 | HUARIPAMPA | PALCA | I-1 | | |
| 46 | 00000571 | CARPAPATA | PALCA | I-1 | | |
| 47 | 00000573 | CHIPOCAYO | PALCA | I-1 | | |
| 48 | 00000570 | ÑAHUIN | PALCA | I-1 | | |
| 49 | 00000576 | PATAY | PALCA | I-1 | | |
| 50 | 00000577 | TAPO | TAPO | I-2 | | |
| 51 | 00000579 | MACO | TAPO | I-1 | | |
| 52 | 00000578 | YURACMAYO | TAPO | I-1 | | |
| 53 | 00000582 | PACCHAC | TAPO | I-1 | | |
| 54 | 00000581 | QUETA | TAPO | I-1 | | |
| 55 | 00000580 | CASACOTO | TAPO | I-1 | | |



VII. METODOLOGIA DE TRABAJO

Se realizará la evaluación siguiendo la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (NT N°050-MINSA-DGSP-V.02)

Se capacitará a los evaluadores internos en utilización de los instrumentos.

- Guía del evaluador
- Listado de estándares
- Aplicativo de Acreditación

El evaluador trabajará en estrecha coordinación con la Dirección del Hospital – RIS Tarma, Jefaturas de las unidades orgánicas, coordinadores responsables de programas como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora

Se seguirán los siguientes pasos:





1. Identificación de macro procesos para cada servicio
2. Conformación del equipo, fecha y responsables por cada macro proceso
3. Desarrollo de la auto-evaluación
4. Redacción, de las debilidades de la organización frente al estándar
5. Definir acciones de mejoramiento para las debilidades
6. Calificación de estándar por consenso del equipo evaluador
7. Elaboración del informe final.

Los procesos que no logren el 85% de cumplimiento, se les brindara apoyo y asesoría para identificar los problemas y necesidades que con llevaran a la elaboración de Proyectos de Mejora, el mismo que será socializado con las recomendaciones brindadas.

Se entregará las observaciones y correcciones a los jefes de los órganos del Hospital e IPRESS de la RIS Tarma, para contribuir a la elaboración de proyectos de Mejora. En ese contexto, con el propósito de cumplir con la metodología de trabajo se ha establecido las siguientes fases:

1. Autoevaluación

Es la fase de inicio del proceso está a cargo del equipo de evaluadores internos, el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor que vienen desarrollando en la institución.

Esta fase se ejecutará *mínimo una vez al año*, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa, los cuales desarrollaran a siguiente secuencia:

- a) **Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:** El jefe del establecimiento de salud y la coordinadora de la Unidad de Gestión de Calidad del HFMS y las IPRESS de la RIS TARMA comunicaran al nivel inmediato superior por conducto regular, el inicio de autoevaluación.
- b) **Ejecución del Plan de Autoevaluación:** comprende la realización de las acciones planificadas en los términos previstos en el Plan, a cargo de los





evaluadores internos y evaluados designados, en esta etapa se realiza la Autoevaluación de los Macroprocesos: para ello se realizarán las coordinaciones respectivas con jefe de establecimiento, responsables de servicios, UPSS, área, oficinas involucradas en los macroprocesos, se consensuará fecha y hora, siendo impostergable, salvo situaciones justificadas de ambas partes, debiendo comunicar el responsable del área evaluada designado(a) al Coordinador del macro proceso.

Se realizan las siguientes acciones:

- ✓ Sensibilización sobre el proceso de Acreditación
- ✓ Reunión de Apertura
- ✓ Presentación del Listado de Estándares de Acreditación al Personal
- ✓ Revisión de la Documentación del cumplimiento del Estándar
- ✓ Visita de las instalaciones del establecimiento de salud
- ✓ Despliegue de las Técnicas de Evaluación
- ✓ Socialización de los resultados

Asimismo, cada equipo de evaluadores presentara los resultados de cada macroproceso en los formatos o instrumentos establecidos. El líder del equipo de evaluadores coordinará el ingreso de datos obtenidos al aplicativo respectivo.

- a) **Presentación del Informe de Autoevaluación:** A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso, el documento contiene las recomendaciones para las acciones y planes de mejoramiento continuo que se deben implementar

2. Evaluación externa

Proceso de evaluación a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la Comisión del Ministerio de Salud y la Dirección de Calidad en Salud.

La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación, con calificación





aprobatoria, se realizará cuando no se alcance el puntaje aprobatorio y se haya concluido con las acciones de mejora.

VIII. CONTENIDO

8.1. TECNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores utilizara diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad.

1. **Verificación documentaria:** Constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS, el estudio de mapa de procesos etc.
2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica Se observa a las personas Así también se trata de observar el entorno.
3. **Observación** para valorar cómo se desenvuelve el personal en la práctica, se observa personas y entorno; la entrevista para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación
4. **Muestreo** para definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible
5. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.
6. **Trazado de paciente:** Método de evaluación de los procesos de las organizaciones hospitalarias que se llevan a cabo siguiendo la trayectoria asistencial que ha seguido el paciente en la Institución.
7. **Encuesta** para recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación y la auditoría





8. **Examen** que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos
9. Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones teniendo un total de 341 estándares de calidad.

IX. ORGANIZADORES

Red Integrado de Salud Tarma:

- Director Ejecutivo de la RIS Tarma
- Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
- Coordinadora del Equipo de Gestión de la Calidad
- Comité y Equipo de Acreditación.

Zona Sanitaria:

- Jefatura de las Zonas Sanitarias.
- Responsable de Calidad de las Zonas Sanitarias
- Equipo de autoevaluación (mínimo 5 personas)



DISTRIBUCION DE LAS FUNCIONES A EVALUAR SEGÚN EL PERFIL DE LOS EVALUADORES.

Los evaluadores de perfil asistencial se harán cargo de evaluar y calificar las siguientes secciones y funciones.

SECCIONES 1: DIRECCION, ESTRATEGIA Y CALIDAD

- 1.1. Dirección
- 1.2. Estrategias y áreas administrativas
- 1.3. Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente

SECCION 2: PROCESO ASISTENCIAL

- 2.1. Accesibilidad y Continuidad de la atención.
- 2.2. Evaluación de los pacientes
- 2.3. Atención de los pacientes





SECCION 3: AREAS ESPECIFICAS DE ATENCION

- 3.1. Anestesia y Cirugía
- 3.2. Emergencias
- 3.3. UCI
- 3.4. Centro Obstétrico
- 3.5. Patología Clínica
- 3.6. Banco de Sangre
- 3.7. Diagnóstico por Imágenes

SECCIONES 4: ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROCESO ASISTENCIAL

- 4.1. Atención Centrada en la Persona
- 4.2. Gestión de la medicación.
- 4.3. Prevención y Control de la Infección
- 4.4. Historia Clínica

Los evaluadores de perfil no asistencial y/o administrativo se harán cargo de evaluar y calificar las siguientes secciones y funciones.

SECCIONES 5: DIRECCION, ESTRATEGIA Y CALIDAD

- 5.1 Liderazgo y Dirección
- 5.2 Estrategia

SECCION 6: PROCESO DE SOPORTE

- 6.1 Esterilización Limpieza y Lavandería
- 6.2 Gestión de Materiales y Residuos
- 6.3 UPSS Alimentación
- 6.4 Seguridad ante Emergencias y Desastres

SECCION 7: GESTION DE RECURSOS

- 7.1 Gestión de los Recursos Humanos
- 7.2 Gestión de Equipamiento Médico.
- 7.3 Gestión de los Sistemas de Información





Tabla N° 01: Cantidad de estándares y Criterios de evaluación por Macroprocesos de Acreditación para Establecimientos de Salud

| N° | MACROPROCESOS | ESTÁNDARES | CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
|--------------|---|------------|-------------------------|
| 01 | Direccionamiento | 02 | 11 |
| 02 | Gestión de Recursos Humanos | 04 | 11 |
| 03 | Gestión de la Calidad | 03 | 22 |
| 04 | Manejo del Riesgo de atención | 08 | 50 |
| 05 | Emergencias y Desastres | 03 | 21 |
| 06 | Control de la gestión y prestación | 02 | 15 |
| 07 | Atención ambulatoria | 04 | 17 |
| 08 | Atención extramural * | 04 | 13 |
| 09 | Atención de hospitalización | 07 | 26 |
| 10 | Atención de emergencias | 03 | 14 |
| 11 | Atención quirúrgica | 04 | 24 |
| 12 | Docencia e Investigación | 02 | 15 |
| 13 | Apoyo al Diagnóstico y tratamiento | 03 | 11 |
| 14 | Admisión y alta | 04 | 16 |
| 15 | Referencia y contrarreferencia | 04 | 13 |
| 16 | Gestión de medicamentos | 03 | 15 |
| 17 | Gestión de la información | 03 | 14 |
| 18 | Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización | 04 | 17 |
| 19 | Manejo del riesgo social | 02 | 06 |
| 20 | Manejo de la nutrición de pacientes | 02 | 10 |
| 21 | Gestión de insumos y materiales | 02 | 08 |
| 22 | Gestión de equipos e infraestructura | 02 | 12 |
| TOTAL | | 75 | 361 |

(*) No aplicable para Establecimientos de Salud con categoría II-2.





X. RESPONSABILIDADES

Responsabilidades del Equipo Evaluador:

- Haber recibido formación como evaluador la Acreditación de servicios de salud
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garanticen mejores condiciones individuales para cumplir con la autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas.
- Documentar sus observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.





EQUIPO DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO

Presidente:

CD. Aldo Dennys Tineo Velita

Director ejecutivo de la Red de Salud Tarma

Coordinador General

Lic. Enf. Patricia Elizabeth Cayllahua Peña

Coord. de Gestión de la Calidad en Salud RIS TARMA

Jefatura de Oficina de Salud Pública

Lic. Enf. Ana Chero Bautista

Jefe de la Oficina de Salud Pública

Coordinador de Servicios de Salud

Lic. Enf. Norka Ricapa Quiñonez

Coordinadora de Servicios de Salud

Jefe de Recursos Humanos

Mtro. Juan Miguel Ramírez Vásquez

Jefe de la Oficina de RRHH

Miembros

Dra. Lourdes Ayala Diaz

Coord. de Unidad Seguros Públicos y Privados

Dra. Enf. Teodora Prado Inocente

Jefatura del Departamento de Enfermería

Obst. Angela Reynoso Espinoza

Jefe del Servicio de Centro Obstétrico

Lic. Enf. Luz Argandoña Egoavil

Coordinadora de Oficina de Epidemiología

Lic. Enf. Sofía Lizeth Cabezas Baylon

Coordinadora de IAAS

EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD

EVALUADORES GERENCIALES

Lic. Enf. Norka Ricapa Quiñonez

Coordinadora de Servicios de Salud

Lic. Enf. Patricia Elizabeth Cayllahua Peña

Coord de Gestión de la Calidad en Salud HFMS - RIST

Lic. Enf. Sofía Lizeth Cabezas Baylon

Coordinadora de IAAS

Lic. Enf. Luz Argandoña Egoavil

Coordinadora de Oficina de Epidemiología

Lic. Adm. Margot Huaynates Gonzales

Jefa de la OPPyM

Mtro. Juan Miguel Ramírez Vasquez

Jefe de la Oficina de Recursos Humanos

Tec. San. Marithza Elcira Quijada Pacheco

Coordinadora de Salud Ambiental





EVALUADORES PRESTACIONALES

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Lic. Enf. Madeline Bertha Amaro Cosme | Enfermera Asistencial de Consultorios Externos |
| Obst. Sandra Peña Romero | Coordinadora de Salud Materno Neonatal |
| Dra. Enf. Teodora Prado Inocente | Jefe del Departamento de Enfermería |
| Obst. Angela Reynoso Espinoza | Coord. del Servicio de Centro Obstétrico |
| Lic. Enf. Manuel Santos Taype | Coordinadora del Servicio de UCI |
| Lic. Enf. Maria Bravo Solano | Coordinadora del Servicio de Medicina |
| Lic. Enf. Lourdes Alvarado Tixi | Coordinadora del Servicio de Cirugía |
| Lic. Enf. Rocio Jauregui Casas | Coordinadora del Servicio de Cirugía Especializada |
| Lic. Enf. Adelaida Ore Cahuari | Coordinadora del Servicio de Centro Quirúrgico |
| Lic. Enf. Tania De La Cruz Lopez | Coordinadora del Servicio de Pediatría |
| Enf. Liliana Baldeon Romero | Coordinadora del Servicio de Neonatología |
| Enf. Mariel Huaynates Payano | Coordinadora del Servicio de UCIN |
| Lic. Enf. Sonia Salazar Bueno | Coordinadora del Servicio de Ginecología |
| Lic. Enf. Mishel Ausi Fierro | Coordinadora del Servicio de Emergencia |
| Lic. Enf. Magda Salazar Bueno | Coordinadora de Consultorios Externos |
| Lic. Enf. Sary Marmolejo Orellana | Coordinadora de la Estrategia de Salud Familiar |
| Bach. Adm. Roxana Colqui Lino | Coordinadora de Capacitación, Investigación y |
| Docencia. | |

EVALUADORES DE APOYO

- | | |
|--|---|
| Bach. Sist. Wladimir Manduhjano Orellana | Jefe de la Oficina de Estadística e Informática |
| Lic. Adm. Margot Huaynates Gonzales | Jefe de la OPPyM |
| Med. Esp. Cesar Alejandro Velásquez Javier | Coordinador de la UPSS de laboratorio |
| Lic. Iliana Crosby Ramón | Coordinador de Serums |
| Dra. Katherine Patricia Peña Romero | Coordinadora de Referencias y Contra |
| referencias | |
| Q.F. Eliana Natalia Amanzo López | Jefatura del Departamento de Farmacia |
| TAP. Jhon Vilchez Cuchoc | Jefe de Servicios Generales |
| Lic. Nut. Elizabeth Brenda Cahuana Diaz | Coordinación del Servicio de Nutrición |





| | |
|--|--|
| Lic. Katherine Huanay Bendezu | Jefe de la Oficina de Logística |
| Sr. Gilberto Andres Torrejón Reyes | Jefe de la Oficina de Patrimonio |
| Ing Jose Vargas Arias | Responsable de Inversiones e infraestructura |
| Lic. Vilma María Simeón Solórzano | Responsable de Bienestar del Personal |
| Tec. San. Marithza Elcira Quijada Pacheco | Coordinadora de Salud Ambiental |
| Jefes de los Departamentos, Servicios y otras Áreas. | |

**COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – MEJORA CONTINUA – AUDITORIA EN SALUD –
SEGURIDAD DEL PACIENTE – ACREDITACIÓN EN SALUD – COMITÉ DE IAAS – VIGILANCIA DE
EVENTOS ADVERSOS Y EQUIPO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE
MANOS – SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y TIEMPOS DE ESPERA DE LA ZONA SANITARIA
TARMA.**

Coordinador principal

Cd. Medalid Rodriguez Rivera

Miembros

| | |
|---------------------------------------|--|
| CD. Jansen Acevedo Sovero | Responsable de Calidad Sector Sanitario La Unión Leticia |
| Lic. En.f Raul Correa Vera | Responsable de Calidad Sector Sanitario Huaricolca |
| Lic. Enf. Rocio Toledo Izquierdo | Responsable de Calidad Zona Sanitaria Tarma |
| Tec. Enf. Lizeth Coronel Astete | Responsable de Calidad P.S. Tarmatambo |
| Lic. Enf. Magaly Matos Castellares | Responsable de Calidad P.S. Cochabamba |
| Lic. Enf. Munive Aponte Elizabeth | Responsable de Calidad P.S. Muylo |
| Lic. Enf. Nancy Canchumanya Popi | Responsable de Calidad P.S. Pomachaca |
| Obst. Makey Lopez Arias | Responsable de Calidad P.S. Mullucro |
| Tec. Enf. Marycielo Criss Poma Jurado | Responsable de Calidad P.S. Vicora Congas |
| Tec. Enf. Gina Saquicoray Barrios | Responsable de Calidad P.S. Misharurasha |
| Obst. Jimena Zavala Guerrero | Responsable de Calidad P.S. Carhuacatac |
| Lic. Enf. Yaneth Trujillo Llanos | Responsable de Calidad P.S. Palcapaccha |
| Lic. Enf. Pilar Luz Deza Picoy | Responsable de Calidad P.S. Sanyacancha |





| | |
|---|--|
| Lic. Enf. Lopez quintana zuly deherly | Responsable de Calidad P.S. Congas Antacucho |
| Lic. Enf. Elgida Carmen Astete Valdez | Responsable de Calidad P.S. Apaycanchilla |
| Tec. Enf. Margarita Luz Cajamalqui Huaman | Responsable de Calidad P.S. Cuyuruhuasi |
| Lic. Enf. Jenny Payano Rojas | Responsable de Calidad P.S. Condorcocha |
| Tec. Enf. Lidia López Pizarro | Responsable de Calidad P.S. Uchurracra |

COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – MEJORA CONTINUA – AUDITORIA EN SALUD –
SEGURIDAD DEL PACIENTE – ACREDITACIÓN EN SALUD – COMITÉ DE IAAS – VIGILANCIA DE
EVENTOS ADVERSOS Y EQUIPO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE
MANOS – SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y TIEMPOS DE ESPERA DE LA ZONA SANITARIA PALCA.

Coordinador principal

M.c Natalia Ysabel Tauma Callupe

Miembros

| | |
|---|--|
| Lic. Enf. Katty Patricia Ventocilla Rosas | Responsable de Calidad Sector Sanitario Tapo |
| Lic. Enf. Naydhu Ore Llantoy | Responsable de Calidad Zona Sanitaria Palca |
| Lic. Enf. Jennyfer Valdez Luis | Responsable de Calidad P.S. Nahuin |
| Obst. Mishell D. Camarena Gabino | Responsable de Calidad P.S. Carpapata |
| Tec. Enf. Jaquelin Ricra Cóndor | Responsable de Calidad P.S. Llacsacaca |
| Lic. Enf. Nelida A. Marcelo Luis | Responsable de Calidad P.S. Chipocayo |
| Lic. Enf. Maribel Arrieta Huaynates | Responsable de Calidad P.S. Yaroca |
| Lic. Enf. Danitza Katherine Quispe Lobon | Responsable de Calidad P.S. Huaripampa |
| Lic. Enf. Marleny Pitoy Huapaya | Responsable de Calidad P.S. Patay |
| Tec. Enf. Eva María Arcos de la Cruz | Responsable de Calidad P.S. Yuracmayo |
| Lic. Enf. Edwin Limaymanta Salazar | Responsable de Calidad P.S. Maco |
| Lic. Enf. Gustavo Jorge Ñaupari | Responsable de Calidad P.S. Casacoto |
| Lic. Enf. Ruth Pitoy Quispe | Responsable de Calidad P.S. Queta |
| Lic. Enf. Sandro Limaymanta Mucha | Responsable de Calidad P.S. Pacchac |





COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – MEJORA CONTINUA – AUDITORIA EN SALUD –
SEGURIDAD DEL PACIENTE – ACREDITACIÓN EN SALUD – COMITÉ DE IAAS – VIGILANCIA DE
EVENTOS ADVERSOS Y EQUIPO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE
MANOS – SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y TIEMPOS DE ESPERA DE LA ZONA SANITARIA
ACOBAMBA.

Coordinador principal

Lic. Enf. Veroniza Salinas Acosta

Miembros

| | |
|---|--|
| Lic. Enf. Rossy Arazeli Rodriguez Alcalde | Responsable de Calidad Zona Sanitaria Acobamba |
| Lic. Enf. Klendy Jocabet Quispe Loja | Responsable de Calidad P.S. Picoy |
| Lic. Enf. Luz Maria Rojas Poma | Responsable de Calidad P.S. Huaracayo |
| Lic. Enf. Conie Cancan Esteban | Responsable de Calidad P.S. Tupin |
| Lic. Enf. Merida Alderete Villegas | Responsable de Calidad P.S. Huaylahuichan |
| Enf. Edith C. Valenzuela Veliz | Responsable de Calidad P.S. Collpa |



COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – MEJORA CONTINUA – AUDITORIA EN SALUD –
SEGURIDAD DEL PACIENTE – ACREDITACIÓN EN SALUD – COMITÉ DE IAAS – VIGILANCIA DE
EVENTOS ADVERSOS Y EQUIPO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE
MANOS – SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y TIEMPOS DE ESPERA DE LA ZONA SANITARIA
PALCAMAYO.

Coordinador principal

M.C. Miguel Segura Porras

Miembros

| | |
|---|--|
| Tec. Enf. Donato Quincho Marcelo | Responsable de Calidad Zona Sanitaria Palcamayo |
| Tec. Lab. Rosa Coronel Mateo | Responsable de Calidad distrito San Pedro de Cajas |
| Tec. Enf. Daniela Valencia Rosales | Responsable de Calidad P.S. Yanapuquio |
| Téc. Enf. Sonia Luz Villanueva Martinez | Responsable de Calidad P.S. Ochonga |
| Téc. Enf. Marina Pariona Paitan | Responsable de Calidad P.S. Ricrican |
| Téc. Enf. Aldrin Castilla Galarza | Responsable de Calidad P.S. Yanamachay |
| Téc. Enf. Jessica Nancy Calzado Rivas | Responsable de Calidad P.S. Huamania |





Tec. Enf. Sara Jannet Ñaupari Ruiz

Responsable de Calidad P.S. Calca

Tec. Enf. Miriam Solinda Aldana Flores

Responsable de Calidad P.S. San José de Cayash

Tec. Enf. Merly Mar Quispe contreras

Responsable de Calidad P.S. Purhuaracra

**COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – MEJORA CONTINUA – AUDITORIA EN SALUD –
SEGURIDAD DEL PACIENTE – ACREDITACIÓN EN SALUD – COMITÉ DE IAAS – VIGILANCIA DE
EVENTOS ADVERSOS Y EQUIPO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE HIGIENE DE
MANOS – SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y TIEMPOS DE ESPERA DE LA ZONA SANITARIA**

HUASAHUASI.

Coordinador principal

Lic Sandra Altamiza Rivera

Miembros

Lic. Enf. Gina Ruth Limaymanta Mucha

Responsable de Calidad distrito Huasahuasi

Lic. Enf. Cinthya Gomez Olazabal

Responsable de Calidad P.S. Casca

Lic. Enf. Patricia Romero Suasnabar

Responsable de Calidad P.S. Punray

Lic. Enf. Keyla Capcha Ricaldi

Responsable de Calidad P.S. Huacuas

Lic. Enf. Bertha Avila Ramirez

Responsable de Calidad P.S. San Juan de la Libertad

Lic. Enf. Nelida Condori Corasma

Responsable de Calidad P.S. Chiras

Lic. Enf. Ketty Romero Beraum

Responsable de Calidad P.S. Tiambra





XI. PRESUPUESTO

| Genérica de Gastos | Descripción | Monto S/. |
|--------------------|--|-------------|
| 23.11.11 | Alimentos y bebidas para consumo humano (capacitación) | 250 |
| 23.15.12 | Papelería en general, útiles, materiales de oficina | 250 |
| 23.19.12 | Libros, textos y otros materiales impresos | 500 |
| | TOTAL | 1000 |





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE LAS IPRESS
DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - 2025

Versión: 01

Página 26 de 33

XII. CRONOGRAMA

Las actividades se realizarán según programación adjunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION DEL HFMS 2025 – A

| ACTIVIDADES | RESPONSABLES | ABRIL | | MAYO | | | SETIEMBRE | | | OCTUBRE | | NOVIEMBRE | |
|--|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | | 1°SEM | 2°SEM | 2°SEM | 3°SEM | 4°SEM | 2°SEM | 3°SEM | 3°SEM | 2°SEM | 3°SEM | 2°SEM | 3°SEM |
| Reuniones con el equipo de evaluador para la elaboración del Plan designación de evaluador líder | Lic. Cayllahua | X | | | | | | | | | | | |
| Designación de responsables por cada macro proceso | Lic. Cayllahua Lic. Prado | | X | | | | | | | | | | |
| Presentación del Plan a Dirección | Lic. Cayllahua | | X | | | | | | | | | | |
| Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de Estándares de Acreditación | Lic. Cayllahua | | | | X | | | | | | | | |
| Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal | Lic. Cayllahua | | | | | X | | | | | | | |
| MACROPROCESOS | | | | | | | | | | | | | |
| Direccionamiento | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de Recursos Humanos | Lic. Ricapa Lic. Prado | | | | | | X | | | | | | |
| Gestión de la Calidad | | | | | | | X | | | | | | |
| Manejo de Riesgo de Atención | Lic. Argandoña | | | | | | | X | | | | | |
| Gestión de seguridad ante Desastres | Lic. Cayllahua | | | | | | | X | | | | | |
| Control de la Gestión y prestación | Lic. Argandoña | | | | | | | X | | | | | |
| Atención Ambulatoria | Obst Peña – Lic. Salazar | | | | | | | X | | | | | |
| Atención de Hospitalización | Lic. Prado | | | | | | X | | | | | | |





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LAS IPRESS DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - 2025

Versión: 01

Página 28 de 33

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION DEL HFMS 2025 – B

| Responsable por Sub-equipo | Macroprocesos | Equipos de Evaluadores Internos | Viernes 12-Set. | Lunes 15-Set. | Martes 16-Set. | Miércoles 17-Set. | Jueves 18-Set. | Viernes 19-Set. | Sábado 20-Set. | Lunes 22-Set. | Martes 23-Set. | Miércoles 24-Set. | Jueves 25-Set. | Viernes 26-Set. | Sábado 27-Set. | Responsable(s) Evaluado/s |
|--|-------------------------------------|---|-----------------|---------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|----------------|---|
| 1. LIC. RICAPA LIC. PRADO | Direccionamiento | Lic. Ricapa Lic. Prado | mañana | | | | | | | | | | | | | Lic. Prado |
| | Gestión de Recursos Humanos | Lic. Prado | mañana | | | | | | | | | | | | | Lic. Prado |
| | Gestión de la calidad | Lic. Prado Lic. Cayllahua | mañana | | | | | | | | | | | | | Lic. Prado |
| | Manejo del riesgo de atención | Lic. Ricapa Lic. Cayllahua | | | | mañana | mañana | mañana | | tarde | tarde | tarde | | | mañana | Lic. Ricapa |
| 2. LIC. PRADO | Gestión de seguridad ante desastres | Lic. Cayllahua | | | | | | | | | | | | | | Lic. Cayllahua |
| | Control de la gestión y prestación | Lic. Argandoña | | | | | mañana | | | | mañana | | | | | Lic. Argandoña |
| | Atención ambulatoria | Obst. Peña Lic. Salazar | | | | | | tarde | | tarde | | | | | | coordinadoras de consulta externa |
| | Atención de hospitalización | Lic. Santos Lic. Alvarado Obst. Reynoso | tarde | mañana | mañana | mañana | mañana | mañana | | mañana | mañana | mañana | | | | coordinadoras de los servicios de hospitalización |
| | Atención de emergencia | Lic. Ore | | | | | | | | tarde | | | | | | Lic. Ore |
| | Docencia e investigación | Lic. Prado | | | | | | | mañana | | | | | | | Lic. Prado |
| 3. LIC. ORE 4. LIC. PRADO 5. LIC. FIERRO 6. M. ESP. VELASQUEZ | Atención quirúrgica | Lic. Fierro | | | | | | | tarde | | | | | | | Lic. Fierro |
| | Apoyo al diagnóstico y tratamiento | M. Esp. Ramos | | | | | | | | mañana | | | | | mañana | M. Esp. Velasquez |





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE LAS IPRESS
DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - 2025

Versión: 01

Página 29 de 33

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|----------------|---------------|
| 7. LIC. CAYLLAHUA | Admisión y alta | Lic. Cayllahua | | | | | | | | | | | | | | | | Lic. Cayllahua | |
| 8. LIC. RICAPA | Referencia y contrarreferencia | Lic. Ricapa | | | | | | | | | | | | | | | | | Lic. Ricapa |
| | Gestión de medicamentos | Lic. Ricapa | | | | | | | | | | | | | | | | | Lic. Ricapa |
| 9. LIC. RICAPA | Gestión de la información | Lic. Cayllahua | | | | | | | | | | | | | | | | | Lic. Ricapa |
| | Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización | Lic Ricapa | | | | | | | | | | | | | | | mañana | | Lic. Ricapa |
| 10. T.S. CROSBY | Manejo del riesgo social | T.S. Crosby | | | | | | | | | | | | | | | | | T.S. Crosby |
| 11. LIC. RICAPA | Nutrición y dietética | Lic. Ricapa | | | | | | | | | | | | | | | | | Lic. Ricapa |
| | Gestión de insumos y materiales | Lic. Argandoña | | | | | | | | | | | | | | | | | Lic. Ricapa |
| 12. LIC. ARGANDOÑA | Gestión de equipos e infraestructura | Lic. Argandoña | | | | | | | | | | | | | | | | | Lic Argandoña |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | mañana |





FELIX MAYORCA SOTO
HOSPITAL ESPECIALIZADO

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE LAS IPRESS
DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - 2025

Versión: 01

Página 30 de 33

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION DE LAS 55 IPRESS DE LA RIS TARMA 2025 - A

| ACTIVIDADES | RESPONSABLES | MARZO | | | MAYO | | | OCTUBRE | | | NOVIEMBRE | | |
|--|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-----------|--|--|
| | | 3°SEM | 4°SEM | 1°SEM | 2°SEM | 3°SEM | 4°SEM | 1°SEM | 2°SEM | 3°SEM | 4°SEM | | |
| Reuniones con el equipo evaluador para la elaboración del Plan designación de evaluador líder | Lic. Cayllahua | X | | | | | | | | | | | |
| Designación de responsables por cada macro proceso | Lic. Chero | | X | | | | | | | | | | |
| Presentación del Plan a Dirección | Lic. Cayllahua | | | X | | | | | | | | | |
| Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de Estándares de Acreditación | Lic. Chero | | | | X | | | | | | | | |
| Presentación del Plan a Jefes de las IPRESS (55) de la RIS Tarma , personal | Lic. Cayllahua | | | | | X | | | | | | | |
| MACROPROCESOS | | | | | | | | | | | | | |
| Direccionamiento | Lic. Chero | | | | | | | | X | | | | |
| Gestión de Recursos Humanos | Jefatura de Zonas Sanitarias | | | | | | | X | | | | | |
| Gestión de la Calidad | | | | | | | | X | | | | | |
| Manejo de Riesgo de la Atención | Lic. Ricapa | | | | | | | X | | | | | |
| Gestión de Seguridad ante Desastres | Lic. Vega | | | | | | | X | | | | | |
| Control de la Gestión y prestación | Lic. Ricapa | | | | | | | X | | | | | |
| Atención Ambulatoria | Lic. Cayllahua | | | | | | | X | | | | | |
| Atención Extramural | Lic. Cayllahua | | | | | | | X | | | | | |
| Atención de Hospitalización IPRESS I - 4 | Lic. Argandoña | | | | | | | X | | | | | |
| Atención de Emergencia | Lic. Ricapa | | | | | | | X | | | | | |
| Apoyo al Diagnóstico y tratamiento | Lic. Chero | | | | | | | X | | X | | | |
| Admisión y Alta | Lic. Chero | | | | | | | X | | | | | |
| Referencia y contrarreferencia | | | | | | | | X | | | | | |
| Gestión de Medicamentos | Lic. Ricapa Q.F.Amanzo | | | | | | | X | | | | | |
| Gestión de la Información | | | | | | | | | X | | | | |





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE LAS IPRESS
DE LA RED INTEGRADA DE SALUD TARMA Y
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO - 2025

Versión: 01

Página 32 de 33

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION DE LAS 55 IPRESS DE LA RIS TARMA 2025 – B

| Responsable por Sub-equipo | Macroprocesos | Equipos de Evaluadores Internos | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Lunes | Responsable(s) Evaluado/s | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|---------|---------|---------|--|--|
| | | | 13-Oct. | 14-Oct. | 15-Oct. | 16-Oct. | 17-Oct. | 18-Oct. | 20-Oct. | 21-Oct. | 22-Oct. | 23-Oct. | 24-Oct. | 27-Oct. | | |
| 1. LIC CHERO Y JEFES DE ZONAS SANITARIAS | Direccionamiento | Lic. Chero | | | mañana | mañana | mañana | | mañana | | | | | | M.C. Segura Lic. Altamiza M.C. Paredes Lic. Salinas C.D. Rodriguez | |
| | Gestión de Recursos Humanos | Lic. Ricapa | | | mañana | mañana | mañana | | mañana | | | | | | M.C. Segura Lic. Altamiza M.C. Paredes Lic. Salinas C.D. Rodriguez | |
| | Gestión de la calidad | Lic. Cayllahua | | mañana | mañana | mañana | mañana | | | | | | | | Lic. Toledo | |
| | Manejo del riesgo de atención | Lic. Argandoña | | | mañana | mañana | mañana | | tarde | | | | | | M.C. Segura Lic. Altamiza M.C. Paredes Lic. Salinas C.D. Rodriguez | |
| | Gestión de seguridad ante desastres | Lic. Cayllahua | | | | | tarde | mañana | mañana | | | | | | Lic. Cayllahua (comité de zonas sanitarias) | |
| | Control de la gestión y prestación | Lic. Ricapa | | | | Tarde | Tarde | | tarde | | | | | | Lic. Ricapa (comité de zonas sanitarias) | |
| | Atención ambulatoria | Lic. Cayllahua | | | | | | | tarde | Mañana | Mañana | Mañana | | | M.C. Segura Lic. Altamiza M.C. Paredes Lic. Salinas C.D. Rodriguez | |
| | Atención Extramural | Lic. Cayllahua | | tarde | tarde | tarde | tarde | tarde | | | | | | | Lic. Cayllahua Comité de zonas sanitarias | |
| | 2. LIC. CAYLLAHUA | | | | | | | | | | | | | | | |



