

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que ha sido
26 MAR. 2018

REPÚBLICA DEL PERÚ



CC 021
N.º 053-2018/D/HNDM

Sr. Jefe de la
SECRETARÍA

Resolución Directoral

Lima, 23 de Marzo de 2018

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 004631-2018, que contiene el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación - 2018";

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual 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;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna los principios, políticas, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, con la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en los Establecimientos de Salud que cuenten con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

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", el cual 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, mediante Oficio N° 59-2018-OGC-HNDM, de fecha 05 de marzo del 2018, la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación-2018", para su aprobación;

Que, en atención al Informe N° 015-2018-ETPP-MBS-OEPE-HNDM, de fecha 13 de febrero del 2018, del Equipo de Trabajo de Planes y Programas, el Coordinador del Equipo de Trabajo de

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
OFICINA DE ESTADÍSTICA
E INFORMÁTICA

26 MAR. 2018

SECRETARÍA

Firma:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR 2018

St. Julio ACARO RIVAS
FIRMANTE

Presupuesto, emite el Informe N° 423-2018-OEPE-EP-N°472-HNDM, de fecha 14 de marzo del 2018, el mismo que hace propio la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, a través del cual emiten su opinión técnica favorable respecto al presupuesto que involucra el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación - 2018", motivo por el cual se debe aprobar mediante el presente acto resolutivo;

Estando a lo propuesto por la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", y la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN - 2018, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; el que en once (11) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, como unidad orgánica competente, realizar la difusión, implementación, monitoreo, supervisión y ejecución del presente plan, asimismo informar trimestralmente a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, los avances del Plan de Autoevaluación - 2018, aprobado por la presente resolución.

Artículo 3°.- La Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Del ROSARIO DEL VALLE AGUIRRE CANGOTO
Directora General (C)
C.M.P. 20180 R.N.E. 1181

RDMKO/CECQ/OCRO/GLDF/RPA/JET/dlpa

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - O. Control Institucional.
 - Of. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
 - O. Gestión de la Calidad
 - O. Asesoría Jurídica
 - O. Estadística e Informática
 - Archivo.



PERU

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Hospital Nacional "Dos de Mayo"



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS
ECOTARIN

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.	2
II. JUSTIFICACION.	3
III. OBJETIVO.	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN.	4
V. BASE LEGAL.	4
VI. CONTENIDO.	5
VII. RESPONSABILIDADES.	7
VIII. PRESUPUESTO	7
IX. ANEXOS.	8

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS
E. ACARO RIVAS



26 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS
SECRETARIO

DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE AUTOEVALUACION 2018

I. **INTRODUCCION:**

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como un proceso de evaluación externa, periódica, 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 de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.

La Acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.

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.



La Evaluación Externa es la fase final de la 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 la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la constancia para la acreditación como a la Resolución Ministerial de la condición de Acreditado.

El proceso de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se está realizando periódicamente desde el año 2013, obteniendo un puntaje final del 36%, en el año 2014 se obtuvo un 53%, en el año 2015 se obtuvo un 67%, en el 2016 el puntaje descendió al 66% y en el 2017 se obtuvo un 67%; lo cual evidencia una tendencia a mejorar y busca brindar a los usuarios y al Sistema de salud en general, los recursos, las capacidades y cumplimiento de los procesos para alcanzar los estándares óptimos de la calidad de atención de la salud.

El Listado de Estándares de Acreditación es un 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 y sirve como instrumento para las evaluaciones. Los estándares miden el nivel de desempeño que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

El presente documento constituye el Plan de Evaluación Interna como primer paso del proceso de acreditación que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo de Evaluadores Internos que se encargará de ejecutar este primer paso a fin de obtener el objetivo principal, de lograr acreditación oficial del HNDM.

II. JUSTIFICACION:

La acreditación es un proceso de evaluación periódica, que compara el desempeño del prestador de salud con una serie de estándares orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención. Este proceso se inicia con la Autoevaluación a cargo del equipo de evaluadores internos, esta fase se debe realizar mínimo una vez al año, hasta alcanzar el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa y así lograr la acreditación.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS



26 MAR. 2018

Sr. JULIO ACARO RIVAS
SECRETARIO

III. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Incrementar el puntaje de los Estándares de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.
- Realizar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento III-1.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital Nacional "Dos de Mayo".

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 - "Ley General de Salud" y sus modificatorias
- Decreto Legislativo. N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01, "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de 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 NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de 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 de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".



- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo"
- Resolución Directoral N° 400-2010/D/HNDM, que aprueba el Manual de procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Resolución Directoral N° 611-2013/D/HNDM, que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 del Hospital Nacional "Dos de Mayo"
- Resolución Directoral N° 226-2017/D/HNDM, que aprueba el Listado de Evaluadores Internos 2018 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO:

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del HNDM utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos del Nivel III-1, como es el caso del HNDM son aplicables 21. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR. 2018

St. Julio ACARO RIVAS
COORDINADOR



Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del HNDM.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el HNDM:

Nº	Macroproceso	Estándares	Criterios
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de Calidad	4	22
4	Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Atención Ambulatoria	4	14
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencias	3	14
11	Atenciones Quirúrgicas	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	2	10
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Nutrición y Dietética	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		70	342

ACTIVIDADES

OE1: Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.

- Conformación del Evaluadores Internos
- Capacitación a los Evaluadores Internos
- Elaboración del Plan y Designación de Líder
- Designación de Responsables Por Macroproceso
- Aprobación del Plan de Autoevaluación
- Difusión del proceso de autoevaluación

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS
SECRETARÍA



Presupuesto calculado para las actividades no presupuestadas en otras UPS y UPSS es de S/. 1700.00 soles.

El presupuesto desagregado se visualiza con el cronograma de actividades.

IX. ANEXOS:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que ha tenido a la vista

26 MAR 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS
FRENTEARIO



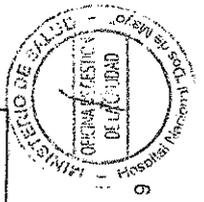
26 MAR. 2018

ANEXO N° 01

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2018 - A

Sr. **JULIO ACARIBIAS**

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2018												RESPONSABLE
				ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	PRESUPUESTO				
Organizar y Planificar para la Autoevaluación	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución Directoral	1	1										0	Dirección General	
	Capacitación a los Evaluadores Internos	Personal Capacitado (40 Personas)	1		1									S/. 2000,00 (Programado En El PDP)	Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	
	Elaboración del Plan y Designación de Líder	Acta	1		1									0	Evaluadores Internos	
	Designación de Responsables Por Macroproceso	Acta	1		1									0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Resolución Directoral	1		1									0	Dirección General	
	Difusión del proceso de autoevaluación	banner	3				1							S/. 300,00	Oficina de Comunicaciones	
		Dípticos	2000					1						S/. 400,00	Oficina de Comunicaciones	
	Difusión del Plan de Autoevaluación 2018	Correo Electrónico Página Web Del HNDM - Cargos	1						1					0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macroprocesos	Acta	1						1					S/. 400,00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio	1								1			0	Oficina de Gestión de la Calidad	
Realizar la Autoevaluación	Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación	Hojas de Registro de datos para Autoevaluación	21								1			S/. 200,00	Líder de Evaluadores Internos	
	Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados	Aplicativo	1									1		0	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación 2018	Informe	1										1	S/. 400,00	Líder de Evaluadores Internos	
Analizar resultados	Las actividades de Autoevaluación implica participación institucional, por lo que muchas de las actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSs, como es el caso de capacitación que está programada en el PDP. Entonces, para generar productos básicamente documentarios en la OGC, se requerirán S/. 1700 soles.															



26 MAY 2018

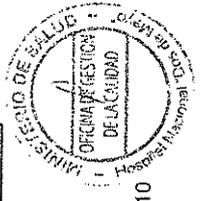
ANEXO N° 2

Sr. Julio ACARIBIVAS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2018 - B

RESPONSABLE	MACROPROCESO	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	FECHAS	RESPONSABLES EVALUADOS
Dra. Ada Gómez Mendoza	Macroproceso 1: <i>Direccionamiento (D/R)</i>	DRA. ADA GOMEZ MENDOZA	02 - 06 de julio de 2018	JEFE DE LA OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
	Macroproceso 2: <i>Gestión de Recursos Humanos (GRH)</i>	MC. TERESA NAUPARI RUIZ		JEFE DE LA OFICINA DE PERSONAL
	Macroproceso 3: <i>Gestión de la Calidad (GCA)</i>	DR. LUIS CANO CÁRDENAS		JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL
	Macroproceso 4: <i>Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)</i>	DR. SIXTO SANCHEZ CALDERON LIC. GERSY FARFAN RODRIGUEZ LIC. DEYSI ROJAS QUISPE		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
	Macroproceso 5: <i>Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)</i>	DR. EDWIN BRAUL GOMERO		JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y TRAUMA SHOCK
	Macroproceso 6: <i>Control de la Gestión y Prestación (CGP)</i>	DRA. ADA GOMEZ MENDOZA		JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Dra. Teresa Naupari Ruiz	Macroproceso 7: <i>Atención Ambulatoria (ATA)</i>	DR. ÉVERT JOSE REYES ARMAS TM. NORA DEL PILAR ACOSTA RENGIFO DRA. ROSA AMPUERO CACERES DRA. MARIA BAYONA SALCEDO LIC. EVELYN ACOSTA WALDE	02 - 06 de julio de 2018	JEFE DE DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
	Macroproceso 9: <i>Atención de Hospitalización (ATH)</i>	DR. PEDRO HERRERA FAVIAN LIC. DEYSI ROJAS QUISPE		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
	Macroproceso 10: <i>Atención de Emergencia (EMG)</i>	MC. TERESA NAUPARI RUIZ		JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y TRAUMA SHOCK
	Macroproceso 11: <i>Atención Quirúrgica (ATQ)</i>	DRA. MARCIA DARMELLY SALAS PÉREZ		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
	Macroproceso 12: <i>Docencia e Investigación (DIV)</i>	ING. EDUARDO YACTAYO INFANTE		JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA CAPACITACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
	Macroproceso 13: <i>Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)</i>	DRA. ROCIO FUENTES RIVERA ALVARADO		JEFE DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
Lic. Deysi Rojas Quispe	Macroproceso 14: <i>Admisión y Alta (ADA)</i>	LIC. JOVITA SILVA ROBLEDO	09 - 13 de julio de 2018	JEFE DE OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
	Macroproceso 15: <i>Referencia y Contrareferencia (RCR)</i>	DRA. ROCIO FUENTES RIVERA ALVARADO		JEFA DEL MÓDULO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS
	Macroproceso 16: <i>Gestión de Medicamentos (GMD)</i>	LIC. LOURDES ROJAS SOTO		JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
	Macroproceso 17: <i>Gestión de la Información (GIN)</i>	LIC. NELLY SALAS MELLO		JEFE DE OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
	Macroproceso 18: <i>Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)</i>	LIC. NELLY SALAS MELLO		JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
	Macroproceso 19: <i>Manejo del Riesgo Social (MRS)</i>	LIC. DEYSI ROJAS QUISPE		JEFA DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.
Dra. Glicería Lavado de la Flor	Macroproceso 20: <i>Nutrición y Dietética (NYD)</i>	LIC. ORLANDO MEZA PONCE	09 - 13 de julio de 2018	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL
	Macroproceso 21: <i>Gestión de Insumos y Materiales (GIM)</i>	ING. CARLOS VIERA GUTIERREZ		JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA
	Macroproceso 22: <i>Gestión de Equipos e Infraestructura (E-If)</i>			JEFE DE SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO

EVALUADOR LIDER: LUIS CANO CARDENAS



ANEXO N° 3
EVALUADORES INTERNOS 2018

MACROPROCESO	EVALUADORES INTERNOS
Macroproceso 1: <i>Direccionamiento (DIR)</i>	DRA. ADA GOMEZ MENDOZA (CEIHNDM-025)
Macroproceso 2: <i>Gestión de Recursos Humanos (GRH)</i>	MC. TERESA ÑAUPARI RUIZ (CEIHNDM-013)
Macroproceso 3: <i>Gestión de la Calidad (GCA)</i>	DR. LUIS CANO CÁRDENAS (CEIHNDM-006)
Macroproceso 4: <i>Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)</i>	DR. SIXTO SANCHEZ CALDERON (CEIHNDM-020) LIC. GERSY FARFAN RODRIGUEZ (CEIHNDM-007) LIC. DEYSI ROJAS QUISPE ((CEIHNDM-016))
Macroproceso 5: <i>Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)</i>	DR. EDWIN BRAUL GOMERO (CEIHNDM-005)
Macroproceso 6: <i>Control de la Gestión y Prestación (CGP)</i>	DRA. ADA GOMEZ MENDOZA (CEIHNDM-025)
Macroproceso 7: <i>Atención Ambulatoria (ATA)</i>	DR- EVERT JOSE REYES ARMAS (CEIHNDM-015) TM. NORA DEL PILAR ACOSTA RENGIFO (CEIHNDM-001)
Macroproceso 9: <i>Atención de Hospitalización (ATH)</i>	DRA. ROSA AMPUERO CACERES (CEIHNDM-003) DRA. MARIA BAYONA SALCEDO (CEIHNDM-004) LIC. EVELYN ACOSTA WALDE (CEIHNDM-002)
Macroproceso 10: <i>Atención de Emergencia (EMG)</i>	DR. PEDRO HERRERA FAVIAN (CEIHNDM-009) LIC. DEYSI ROJAS QUISPE (CEIHNDM-016)
Macroproceso 11: <i>Atención Quirúrgica (ATQ)</i>	MC. TERESA ÑAUPARI RUIZ (CEIHNDM-013)
Macroproceso 12: <i>Docencia e Investigación (DIV)</i>	DRA. MARCIA DARMELLY SALAS PÉREZ (CEIHNDM-019)
Macroproceso 13: <i>Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)</i>	ING. EDUARDO YACTAYO INFANTE (CEIHNDM-023)
Macroproceso 14: <i>Admisión y Alta (ADA)</i>	DRA. ROCIO FUENTES RIVERA ALVARADO (CEIHNDM-008)
Macroproceso 15: <i>Referencia y Contrareferencia (RCR)</i>	LIC. JOVITA SILVA ROBLEDO (CEIHNDM-021)
Macroproceso 16: <i>Gestión de Medicamentos (GMD)</i>	DRA. ROCIO FUENTES RIVERA ALVARADO (CEIHNDM-008)
Macroproceso 17: <i>Gestión de la Información (GIN)</i>	LIC. LOURDES ROJAS SOTO (CEIHNDM-017)
Macroproceso 18: <i>Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)</i>	LIC. NELLY SALAS MELLO (CEIHNDM-026)
Macroproceso 19: <i>Manejo del Riesgo Social (MRS)</i>	LIC. NELLY SALAS MELLO (CEIHNDM-026)
Macroproceso 20: <i>Nutrición y Dietética (NYD)</i>	LIC. DEYSI ROJAS QUISPE (CEIHNDM-016)
Macroproceso 21: <i>Gestión de Insumos y Materiales (GIM)</i>	LIC. ORLANDO MEZA PONCE (CEIHNDM-010)
Macroproceso 22: <i>Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)</i>	ING. CARLOS VIERA GUTIERREZ (CEIHNDM-022)

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

26 MAR. 2018

Sr. JULIO ACARO RIVAS
FEDATARIO

