



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestación y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
Materno Perinatal

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Lima, 30 de noviembre de 2020

OFICIO N° 1647-DG-011-OGC-INMP-2020

Señor Doctor

VÍCTOR FREDDY BOCANGEL PUCLLA

Viceministro de Prestación y Aseguramiento Ministerio de Salud

Presente.-

Con Atención:

Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud

Asunto: **Se remite Resolución Directoral N°237-2020-DG-INMP/MINSA que Aprueba el «Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) 2020».**

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar copia de la **Resolución Directoral N° 237 - 2020-DG-INMP/MINSA** que aprueba el **«PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP) – 2020»** en cumplimiento de lo establecido en el Decreto Supremo 027- 2019 – SA; donde establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2020.

Sin otro particular, sea propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Ríos
C.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DE INSTITUTO

EGR/JOCHP

c.c.:

✓ Archivo



Resolución Directoral

Lima, 26 de noviembre de 2020

VISTO:

La HETD N° 20-16183-1, conteniendo el Memorando N° 224-2020-OGC-INMP, de fecha 04 de noviembre de 2020, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional Materno Perinatal y el Memorando N° 974-2020-OEPE/INMP, de fecha 24 de noviembre de 2020, que adjunta el Informe N° 089-2020-OEPE-UFP/INMP, de su Unidad Funcional de Planeamiento.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de Salud, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2019-SA, se establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2020, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, el artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, define a la Acreditación, como un 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;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, dispone la obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, el inciso b) del artículo 37° del mencionado Reglamento, establece que el Director Médico del Establecimiento de Salud, debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, de fecha 12 de junio de 2012, se incorporó el Anexo 4: listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2, a 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 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio de 2007, con la finalidad de garantizar a los usuarios y al sistema de salud de los



R. VEGA C.



establecimientos de salud o servicios de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 23 de abril de 2009, se aprobó la Guía Técnica del 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, en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, de acuerdo con el marco normativo mencionado, la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional Materno Perinatal, para el año fiscal 2020, el mismo que ha sido revisado por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la cual a través del Memorando N° 974-2020-OEPE/INMP, de fecha 24 de noviembre de 2020, quien señala que el referido Plan está acorde con Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, de fecha 23 de abril de 2009, y no demandara presupuesto alguno, por lo que recomienda su aprobación, por lo que es pertinente emitir la presente resolución;



R. VEGA C.

Estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, visación de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, en armonía de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y Resolución Vice Ministerial N°001-2020/DMV-PAS;

SE RESUELVE:



ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el "Plan de Autoevaluación del Instituto Nacional Materno Perinatal-2020" el mismo que cuenta con ocho (08) numerales que incluye cuatro (04) anexos, dentro de ellos el cronograma de actividades, todo ello en un total de quince (15) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.



ARTÍCULO SEGUNDO: La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la ejecución del referido Plan y de remitir el informe de evaluación de ejecución a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

ARTÍCULO TERCERO: El Responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transparencia, publicará la presente resolución en el Portal Institucional.

Regístrese, Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

M.C. Enrique Guevara Ríos
G.M.P. N° 19758 R.N.E. N° 8746
DIRECTOR DEL INSTITUTO

EGR/mivc

C.c.

- Oficinas Ejecutivas
- Direcciones ejecutivas
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Cooperación Científica Internacional
- Oficina de Comunicaciones
- Departamentos
- Oficina de Estadística e Informática (Pub. Pag. Web)
- Archivo,

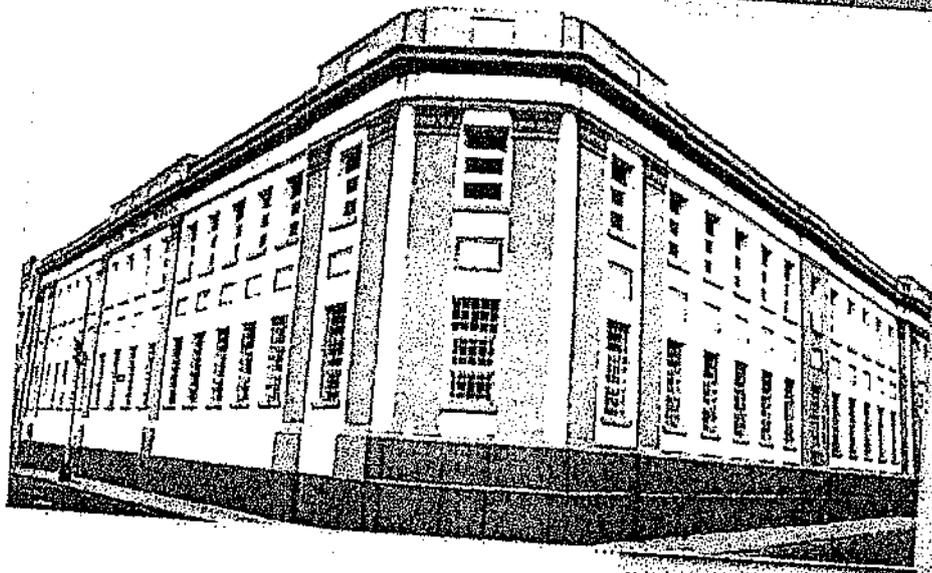


MATERNAL PERINATAL
MATERNIDAD DE IMAF

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2020



1. INTRODUCCIÓN

La Acreditación es un proceso periódico basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico 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, dichos estándares de evaluación tienen un alcance integral del establecimiento de salud y están basados en el enfoque de procesos, principal herramienta de los ciclos de mejoramiento continuo. La Acreditación se rige por los principios de Universalidad, Unidad, Gradualidad y Confidencialidad. Consta de dos fases: autoevaluación y evaluación externa.

La Autoevaluación, fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, se realiza con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, los que verifican el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría III-2, para que posteriormente y al alcanzar el valor del 85% o más, se solicite la evaluación externa para la acreditación.

La evaluación externa, fase final del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que la fase anterior fue realizada con idoneidad, y por tanto, expide o niega la conformidad de la evaluación hecha según escalas preestablecidas.

En este contexto el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) viene implementando el proceso de Acreditación desde el año 2015 en su fase inicial de Autoevaluación, ese año se obtuvo una línea basal de 50.71%; la que ha ido incrementando progresivamente con los años. Así, para el año 2016 su puntuación fue de 64.14%, en el año 2017 se obtuvo 67.10 %, en el 2018 se elevó a 71.48% y en el periodo 2019 se obtuvo 68.19 lo que significa que el INMP aún se encuentra en proceso de mejora para lograr el puntaje aprobatorio para solicitar la evaluación externa.

Para el año 2020 la Autoevaluación se realizará según lo plasmado en el presente plan, el cual contiene el cronograma de las actividades a realizarse. Este año este proceso se ha agregado a los compromisos del bono por desempeño y tiene particularidades que no lo hacen comparable a años anteriores debido a los drásticos cambios en los procesos que han tenido que hacer las instituciones de salud para adecuarse a lo demandado por la Pandemia del Covid 19. Por ello el MINSA ha solicitado que se realice el proceso, con las limitaciones que impone la Pandemia, para poder continuar con el proceso y se mantenga la cultura de autoevaluación en las instituciones.

2. JUSTIFICACIÓN

En el Marco de los Lineamiento de Política del Sector Salud y las Políticas Nacionales de Calidad en Salud, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo mediante NT



N° 050-MINSA/DGSP-V.02 y el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2 Anexo 4 con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA. El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) decidió incorporarse al esfuerzo de acreditar y conformó el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos, con los cuales se ha ido trabajando estos años.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el grado de avance del Instituto Nacional Materno Perinatal en el cumplimiento de los estándares de acreditación para establecimientos de salud de nivel III-2.

Objetivos Específicos

- Determinar el porcentaje de cumplimiento de los estándares de acreditación en el INMP según macroprocesos.
- Identificar oportunidades de mejora en el desarrollo de los procesos y promover el mejoramiento continuo de la calidad.

4. ALCANCE

La autoevaluación es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas del Instituto Nacional Materno Perinatal y comprende todo el proceso de atención desde que el usuario llega a la institución hasta que se retira del mismo.

5. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- D.L. N° 1161, que aprueba la "Ley del Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" y sus modificaciones D.L. 1158 y D.S. 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley 29344.
- D.S. N° 088-2017 y su modificatoria D.S. N° 011-2017, que modificó el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, por el cual se aprueba la "Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud y tres (03) anexos".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, por el cual se 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° 270-2009/MINSA, por el cual se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, incorpora el Anexo 4: "Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2" a la NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02.



6. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

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 para Establecimientos de Salud con Categoría III-2 y realizan una evaluación Interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Los pasos para la evaluación interna son los siguientes:

- 6.1. Programar la Autoevaluación del Instituto Nacional Materno Perinatal en el Plan Operativo Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 6.2. Reconformar el Equipo de Acreditación por la Dirección General y emitir la Resolución Directoral respectiva.
- 6.3. Conformar el Equipo de Evaluadores Internos por la Oficina de Gestión de la Calidad con personal con conocimientos y experiencia en evaluación internas en el INMP, cuyo equipo deberá ser aprobado con Resolución Directoral.
- 6.4. Elaborar y Aprobar el Plan de Autoevaluación donde se consigna al(los) jefe(s) y/o responsable(s) de servicio/área/departamento que interactuarán con los evaluadores Internos, así como las actividades a desarrollarse en la evaluación interna. Es elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad y es aprobado por la Dirección General.
- 6.5. Capacitar a los Evaluadores Internos, y el(los) Jefe(s) y/o Responsable(s) de Servicio/Área/Departamento sobre las actividades a realizarse en la autoevaluación. Se revisa el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2, y se explican los siguientes puntos:
 - 6.5.1 La importancia que el equipo de evaluación identifique las fuentes auditables y desarrolle los soportes que puedan encontrarse en la organización previo a la evaluación. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
 - 6.5.2 Durante la evaluación interna lo recomendable es leer el objetivo del macroproceso, luego el estándar, los atributos relacionados y el criterio que se quiere calificar, y preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
 - 6.5.3 Del punto anterior, también hay que tener siempre presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos de calidad y con las referencias normativas, no sólo las emitidas por la Autoridad Sanitaria Nacional y de los diferentes subsectores que se presentan en el listado sino con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención. En esta etapa es preciso la interacción con el(los) jefe(s) y/o responsable(s) de servicio/área/departamento evaluados por cada macroproceso.



- 6.5.4 La selección de un responsable al interior del equipo evaluador para sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Aquí es donde las personas previamente seleccionadas para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos.
- 6.5.5 Los evaluadores internos que interactúan (virtual y/o presencial) con los equipos de trabajo revisan, analizan y discuten conjuntamente qué tan efectivamente se está trabajando, y se compara el quehacer diario contra los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría III-2.
- 6.5.6 La calificación de cada criterio del estándar será por consenso del equipo evaluador y comunicar al(los) evaluado(s) al término de cada criterio, dándole la oportunidad de levantar el puntaje en caso de ser posible. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares para Establecimientos de Salud con Categoría III-2 de 0, 1 ó 2.
- 6.5.7 Los hallazgos se consignarán por el equipo evaluador en la Hoja de Registro de Datos para *Autoevaluación*, que servirá de insumo para el Informe de Autoevaluación.
- 6.5.8 Realizar una visita a las instalaciones por los equipos evaluadores:
- 6.5.8.1 Cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del instituto en su totalidad.
- 6.5.8.2 El equipo evaluador debe ir acompañado del(los) jefe(s) y/o responsable(s) de servicio/área/departamento, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- 6.5.8.3 El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- 6.5.8.4 Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al paciente de acuerdo con la misión y los valores del INMP. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.
- 6.5.9 Las técnicas de evaluación que se van a utilizar en la evaluación interna son las siguientes:
- 6.5.9.1 Verificación/Revisión de documentos: Es 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.
- 6.5.9.2 Observación: Permite seguir la manera como el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- 6.5.9.3 Entrevista: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.



6.5.9.4 Muestreo: Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

6.5.9.5 Encuesta: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

6.5.9.6 Auditoría: Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.6. Se realiza la reunión de apertura (virtual y/o presencial) con el propósito de generar un espacio de coordinación de la Alta Dirección, el(los) jefe(s) y/o responsable(s) del servicio/área/departamento, los evaluadores internos, y los trabajadores que puedan asistir de manera voluntaria. Se presenta los objetivos de la evaluación, el equipo evaluador, se confirma el Cronograma de Actividades de la Autoevaluación, y se solicita a los evaluados facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.

6.7. Se ejecuta el Plan de Autoevaluación que comprende la realización de la evaluación interna de acuerdo a las acciones planificadas en los términos previstos en el plan, a cargo de los evaluadores internos y los evaluados designados, quienes deben interactuar.

6.8. Se elabora el Informe de Autoevaluación con los hallazgos registrados en la "Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación", y con las recomendaciones registradas en la "Hoja de Recomendaciones". Estas últimas han sido definidas junto al(los) jefe(s) y/o responsable(s) de servicio/área/departamento en el momento de la evaluación, lo que permitirá que las jefaturas cuenten con un registro de recomendaciones al momento de implementar las acciones que haga cumplir con cada criterio del Listado de Estándares. El Informe de Autoevaluación será remitido a la Dirección General del INMP.

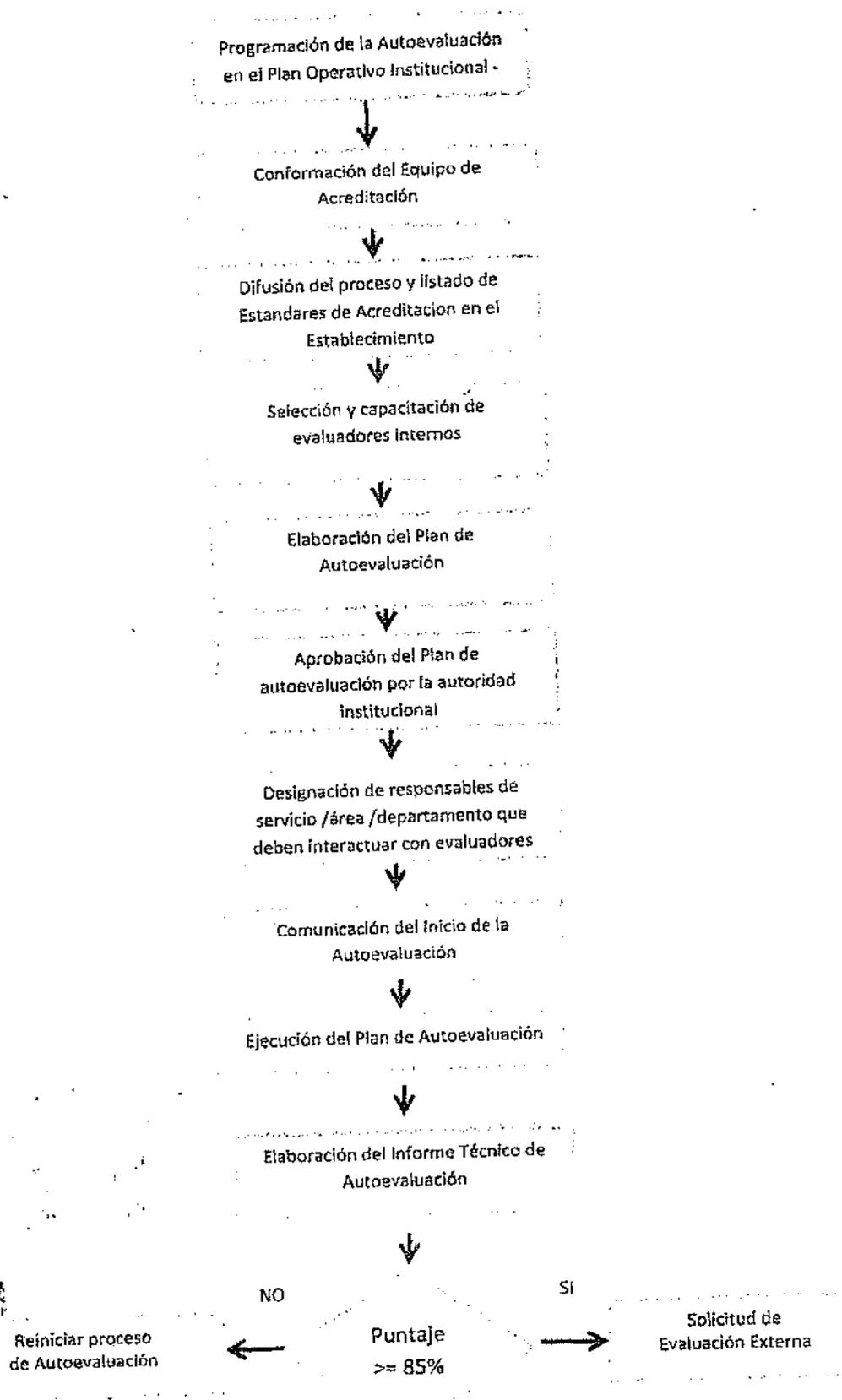
6.9. Se realiza la Reunión de Cierre para presentar los resultados obtenidos en la Autoevaluación y presentar las recomendaciones mayores.

6.10. Aplicación de la Segunda y/o Sigüientes Autoevaluaciones: Esta nueva evaluación interna se da cuando no se alcance el puntaje aprobatorio igual o mayor al 85%, y por una vez al año. En el caso que la organización obtuviera el puntaje aprobatorio en la evaluación interna se solicitará la evaluación externa a la entidad correspondiente hasta que se obtengan los niveles deseados.

7. PRESUPUESTO.

El presente plan no demandará gasto presupuestal adicional a los ya considerados en el Plan Operativo Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad.

8. DIAGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN





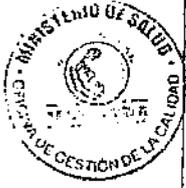
ANEXOS



**ANEXO 01:
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN***

Actividad	2020												2021		Responsable	
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB			
Reconformación de Equipo de Acreditación	X															OGC
Reconformación de Equipo de Evaluadores Internos	X								X							OGC y Equipo de Acreditación
Elaboración del Plan de Autoevaluación 2020										X						OGC
Capacitación del Equipo de Evaluadores Internos											X					OGC
Reunión de apertura de la Autoevaluación 2020												X				Equipo de Acreditación, OGC, Evaluadores Internos, Jefes de Áreas/Servicios/Departamentos /Direcciones
Evaluación Interna del Instituto Nacional Materno Perinatal 2020													X			Evaluadores Internos y Jefes de Áreas/Servicios/Departamentos /Direcciones
Digitación y consolidación de los hallazgos y recomendaciones para el Informe final de la Autoevaluación 2020														X		OGC
Elaboración del Informe Final de la Autoevaluación 2020														X		OGC
Reunión de cierre de la Autoevaluación 2020														X		Equipo de Acreditación, OGC, Evaluadores Internos, Jefes de Áreas/Servicios/Departamentos/Direcciones

*El presente plan no demandará gasto presupuestal adicional a los ya considerados en el Plan Operativo Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad.



Resp. por Sub-equipo	Nº Macroproceso	Código Macroproceso	Macroprocesos	Estándares	Criterios	Equipo de Evaluadores Internos (*) Evaluador Líder	Nº Dias	Evaluado(s)
Julio Chávez	12	DOC	Docencia	1	10	Rosa Buñon (*) Julio Chávez Irene Suavedra Basilia Canchari	1	Cesar Carranza Luis Meza Pilar Coltrina Haydee Paredes
Julio Chávez	13	ADT	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Especializado	3	14	Julio Chávez (*) Gisela Castillo María Díaz Bertha Belleza	3	Mariangela Ríos Juen Tasaico Ricardo Alvarez Miguel Paredes Cesar Pastor Walter Castillo Zulema León
Anani Peñalva	14	ADA	Admisión y alta	3	15	Isolina Aburto (*) Anani Peñalva María Díaz Elsa Torres Friedy Lazo	1	Maritza Pacheco Rafael Paucar Cesar Carranza Juan Díaz Juan Torres Humberto Izaguirre
Julio Chávez	15	TCA	Tecnología para la Continuidad de la Atención	5	16	Julio Chávez (*) Rosmary Hinojosa Verónica Basurto	1	Enrique Guevara Cesar Carranza Juan Díaz Carmen Davila Ramiro Mercado Natalia Brignole Carmen Barabara Carlos Chávez
Grilda Hinojosa	16	GMD	Gestión de Medicamentos	3	16	Grilda Hinojosa (*) María Díaz Juan Chirchayan Basilia Canchari	2	Cesar Caspedes
Julio Chávez	17	GIN	Gestión de Información	3	15	Julio Chávez (*) José Tasato Lina Rojas	1	Juan Torres Nora Rodríguez Victor Vifancio

NOVIEMBRE	
Lunes	23
Martes	24
Miércoles	25
Jueves	26
Viernes	27
Lunes	30

DICIEMBRE	
Martes	1
Miércoles	2
Jueves	3
Viernes	4
Lunes	7
Martes	8
Miércoles	9
Jueves	10
Viernes	11
Lunes	14
Martes	15
Miércoles	16
Jueves	17
Viernes	18
Lunes	21
Martes	22
Miércoles	23
Jueves	24
Viernes	25
Lunes	28
Martes	29
Miércoles	30



DICIEMBRE	
1	Martes
2	Miércoles
3	Jueves
4	Viernes
7	Lunes
8	Martes
9	Miércoles
10	Jueves
11	Viernes
14	Lunes
15	Martes
16	Miércoles
17	Jueves
18	Viernes
21	Lunes
22	Martes
23	Miércoles
24	Jueves
25	Viernes
26	Lunes
29	Martes
30	Miércoles

NOVIEMBRE	
23	Lunes
24	Martes
25	Miércoles
26	Jueves
27	Viernes
30	Lunes

Resp. por Sub-equipo	Nº Macroproceso	Código Macroproceso	Macroprocesos	Estándares	Criterios	Equipo de Evaluadores Internos (*) Evaluador Líder	Nº Días	Evaluado(s)
Julio Chávez	18	DLE	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	20	Marianela Ríos (*), Julio Chávez, María Julia García, Pilar Cabrera	2	Kelly Zevallos, Gisela Cardenas, Angel Vega, Ana Román, Vanía Pachas
Anani Peñaña	19	MRS	Manejo del Riesgo Social	2	6	Julio Chávez(*), Anani Peñaña	1	María Elena García, Fariol
Anani Peñaña	20	MNP	Manejo de Nutrición de Pacientes	2	10	Anani Peñaña (*), Pila Cabrera, Rosa Buitrón	1	Bertha Belleza
Julio Chávez	21	GIM	Gestión de Insumos y Materiales	2	8	Julio Chávez*, Juan Torres	1	Carlos Pérez, Pamela Atapoma, Silvia
Julio Chávez	22	GER	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	13	Julio Chávez*, Isolina Aburto, Blanca Lec	1	Carlos Pérez, Angel Vega, Noelia Cortez

ANEXO 3

COMITÉ NACIONAL DE GESTIÓN PERINATAL
 LA PAZ, BOLIVIA

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimientos de salud: INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Fecha: _____

Macro proceso: _____

Evaluador(es): _____

Servicios evaluados:
 Participantes de la
 evaluación: _____

Código y criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios



...Rumbo a la acreditación

ANEXO 4

GERMINA DE GENESE DE LA CALIDAD

HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluadores:

Fecha:

Servicios evaluados:

Macroproceso	Cod Criterio	Observaciones	Recomendaciones

...Rumbo a la acreditación

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL



M.C. Julio Octavio Chávez Pita
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

