

**GOBIERNO REGIONAL JUNIN**  
**DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN**  
**INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES**  
**NEOPLASICAS**  
**UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD**



**"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUCION PARA LA**  
**ACREDITACION DEL INSTITUTO REGIONAL DE**  
**ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL CENTRO**  
**2020"**



**CONCEPCION – JUNIN**

**2020**

**Dr. DANILO BALTAZAR CHACON**

**DIRECTOR EJECUTIVO DEL INSTITUTO REGIONAL DE  
ENFERMEDADES NEOPLASICAS**

**Dr. JOEL BENEDICTO VILCHEZ GUTIERREZ**

**JEFE DE LA DIRECCION DE CONTROL DE CANCER**

**DRA. ROCIO ORIHUELA CALIXTO**

**JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD**

**Lic. JUAN CARLOS ÑAÑEZ ORDOÑEZ**

**EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**C.D YISELA MAMANI QUISPE**

**EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**



INDICE:

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| I. INTRODUCCION:                  | 4  |
| II. JUSTIFICACION.                | 5  |
| III. FINALIDAD                    | 5  |
| IV. OBJETIVOS                     | 5  |
| V. BASE LEGAL                     | 6  |
| VI. ALCANCE                       | 6  |
| VII. METODOLOGIA DE LA EVALUACION | 6  |
| VIII. CONTENIDO:                  | 71 |
| IX. META:                         | 10 |
| X. FINANCIAMIENTO:                | 10 |
| XI. RESPONSABILIDAD:              | 10 |
| XII. BIBLIOGRAFIA:                | 11 |
| XIII. ANEXOS:                     | 12 |
| XIV. REFERENCIAS                  | 17 |



## 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 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro (IREN - Centro) está comprometido con brindar una atención especializada de forma oportuna, eficiente y con calidad de los pacientes oncológicos, en cumplimiento de su misión, visión y valores como Instituciones prestadoras de servicios de salud del Sector Salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), 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.

El proceso de acreditación de los servicios Oncológicos y la Autoevaluación (como primera fase de este proceso), está a cargo de unos evaluadores internos, los que capacitaremos, en base al perfil indicado en la Norma Técnica, 050-MINSA/DGSP.V2.0, "Norma técnica de salud para la acreditación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de Apoyo, aprobada con RM N° 270-2009/MINSA, quienes aplicara en el IREN - Centro, el listado de Estándares de Acreditación para Establecimiento de Salud con categoría II-E.



La evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alcance integral de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocados a los diversos procesos.

La IPRESS, Instituto Regional Neoplásicas del Centro categoría, II-E de la región Junín. Con el enfoque de seguir mejorando a través del cumplimiento de los estándares esenciales de calidad, para una adecuada atención de los usuarios de nuestra región, detallamos las características más importantes del IREN - Centro.

Se debe precisar que la Acreditación es un proceso gradual que incluye la etapa de Autoevaluación, incluido en este Plan de carácter obligatorio y, una evaluación externa de carácter voluntario pero necesario, para adquirirla condición de acreditado con un enfoque centrado en procesos.

## II. JUSTIFICACION.

La autoevaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar la satisfacción del usuario, en función de estándares previamente establecidos.

La autoevaluación, es un procedimiento de carácter obligatorio, con el propósito de evaluar el desempeño de Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro, se elaboró el presente plan para elevar nuestros estándares de calidad, técnicos, humanos y administrativos

Considerando a los servicios de salud de calidad con un enfoque humano y social (atención bio, psico, social).

## III.FINALIDAD

Contribuir, fortalecer y garantizar al IREN - CENTRO, mediante el proceso de autoevaluación esto encaminado a la acreditación, trabajando continuamente a que las diferentes UPSS, logren una atención al usuario con Calidad.

## IV. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Lograr el cumplimiento de los criterios de calidad en los servicios que brinda el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro (IREN - Centro) mediante la Autoevaluación, con miras a la mejora continua de la calidad, garantizando una atención segura a los usuarios.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Con la autoevaluación del Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas del Centro, se determinará los proyectos de mejora continua.
- Implementar una cultura de calidad de atención de forma permanente.
- Organizar la activa participación del personal, en el desarrollo de la autoevaluación

- Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.
- Contar con evaluadores internos motivados, comprometidos y capacitados

#### V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- DL N° 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo mediante NTS N.º 050-MINSA/DGSP -V 02
- Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico del sistema de gestión de calidad en salud.
- Resolución ministerial N° 270 -2009/MINSA: "Guía Técnica del Evaluador, para la acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N° 546 - 2022/MINSA, "Norma Técnica de Salud N° 021 - MINSA/DGSP-V.03: Categorías de establecimientos de sector salud".
- Resolución Ministerial N° 572 -2011/MINSA "directiva administrativa de Monitoreo del desempeño de Gestión de E establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención

#### VI. ALCANCE

El plan de trabajo es de aplicación y cumplimiento en todos los órganos y unidades Orgánicas del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro (IREN - Centro)

#### VII. METODOLOGIA DE LA EVALUACION

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo., en este contexto con el propósito de cumplir con la metodología de trabajo se ha establecido la siguiente fase.

- **Autoevaluación:** Es la fase de inicio del proceso, esta a cargo del equipo de evaluadores internos el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor que se viene 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 aprobación mínimo para poder someterse a una evaluación externa.



## CONTENIDO:

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 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 calidad.
4. **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. El equipo de Evaluadores de la IPRESS, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad:

## VIII. ACTIVIDADES

### CUADRO N° 01

Actividades que se realizara en el proceso de la Autoevaluación para la Acreditación.

| NRO | ACTIVIDADES                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                     | RESPONSABLES                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Elaboración del Plan Anual de Autoevaluación                                     | La propuesta del Plan Anual lo elaborara la Unidad de Gestión de la Calidad, con el objetivo, mantener y mejorar los procesos estratégicos, soporte institucional y sistemas de calidad del instituto Regional de enfermedades neoplásicas del Centro (IREN-CENTRO) | Unidad de Gestión de la Calidad.                                                  |
| 2   | Presentación del Plan Anual de Autoevaluación a las instancias superiores:       | Se solicitará una reunión técnica con el equipo de gestión del IREN - Centro, para realizar la socialización del Plan de Autoevaluación para la acreditación.                                                                                                       | Equipo de Gestión IREN-Centro/ Unidad de Gestión de la Calidad                    |
| 3   | Sensibilización sobre el proceso de acreditación/autoevaluación del IREN-CENTRO. | Con el apoyo de la oficina de Comunicaciones se producirá propaganda sobre la autoevaluación para la acreditación, por medio del SLACK, se enviará folletos sobre la autoevaluación, acceso el plan generado para la acreditación, normas                           | Equipo de Gestión de la Calidad/ Oficina de Informática/Oficina de comunicaciones |





|   |                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                      | vigentes, información sobre los evaluadores internos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                 |
| 4 | Conformación del Comité de Acreditación para la Autoevaluación, evaluadores internos.                                | La jefatura institucional dispone de la conformación de un equipo de acreditación y la Selección de evaluadores internos, los evaluadores internos se dividirán en equipos por cada macroproceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Jefatura institucional/Equipo de Gestión de la Calidad/Direcciones Generales    |
| 5 | 7. Capacitación al equipo de Acreditación y evaluadores internos                                                     | Se solicitará a la DIRESA - JUNIN, al área de Gestión de la Calidad para que realice la capacitación al equipo de Acreditación y evaluadores internos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DIRESA - Junin/Unidad de Gestión de la Calidad/Dirección de Servicios de Salud. |
| 6 | Plan de Autoevaluación 2020 aprobado con resolución                                                                  | Se remitirá el plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con Resolución Directoral, como lo indica la Norma Técnica de Acreditación de la IPRESS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Unidad de Gestión de la Calidad                                                 |
| 7 | El Instituto IREN - Centro cuenta con documento de autoevaluación del 2020, con sello remitido por la DIRESA- Junín. | Acción obligatoria, se solicitará el sello remitido por DIRESA - Junín, para el inicio del proceso de Autoevaluación para la Acreditación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Unidad de Gestión de la Calidad                                                 |
| 8 | Ejecución de la autoevaluación para la Acreditación en el IREN - CENTRO                                              | Esta actividad será desarrollada en un intervalo de cuatro semanas a cargo del equipo de evaluadores internos, que coordinara con las Direcciones y Jefaturas de los servicios involucrados en los Macroprocesos a evaluar, a fin de definir fecha y hora, siendo el acuerdo de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente por el responsable del área evaluada designado por la Dirección hacia coordinador del macroproceso | Evaluadores internos                                                            |
| 9 | Informe técnico final de Autoevaluación del 2020, según pautas y esquemas                                            | A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipos de autoevaluación y Equipo de Acreditación, etapa de análisis de los resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Evaluadores internos                                                            |





|    |                                 | obtenidos por cada macroproceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      |
|----|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 10 | Calificación de la evaluación   | Si en el proceso de Autoevaluación se consigue una puntuación igual o mayor a 85%, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente, si el puntaje es menor a 85%, se realizara levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora y una nueva autoevaluación en 06 meses.                     | Evaluadores internos                                 |
| 11 | Socialización de los resultados | Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la alta Dirección a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso | Unidad de Gestión de la Calidad/Evaluadores internos |

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad - IREN - Centro

- Resumen de estándares y criterios de Evaluación y Acreditación para el IREN - CENTRO.

#### CUADRO N°02

##### Resumen de criterios de evaluación para la Acreditación del IREN - Centro

| N° | Macroprocesos                      | Estándares | Criterios de Evaluación |
|----|------------------------------------|------------|-------------------------|
| 1  | Direccionamiento                   | 2          | 11                      |
| 2  | Gestión de recursos humanos        | 4          | 11                      |
| 3  | Gestión de la calidad              | 3          | 22                      |
| 4  | Manejo del riesgo de atención      | 8          | 50                      |
| 5  | Emergencias y desastres            | 3          | 21                      |
| 6  | Control de la gestión y prestación | 2          | 15                      |
| 7  | Atención ambulatoria               | 4          | 17                      |
| 8  | Atención extramural                |            |                         |
| 9  | Atención de hospitalización        | 7          | 26                      |
| 10 | Atención de emergencias            | 3          | 14                      |
| 11 | Atención quirúrgica                | 4          | 24                      |



|    |                                                           |   |    |
|----|-----------------------------------------------------------|---|----|
| 12 | Docencia e Investigación                                  | 2 | 15 |
| 13 | Apoyo diagnóstico y tratamiento                           | 3 | 11 |
| 14 | Admisión y alta                                           | 4 | 16 |
| 15 | Referencia y contrarreferencia                            | 4 | 13 |
| 16 | Gestión de medicamentos                                   | 3 | 15 |
| 17 | Gestión de la información                                 | 3 | 14 |
| 18 | Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización | 4 | 17 |
| 19 | Manejo del riesgo social                                  | 2 | 6  |
| 20 | Manejo de nutrición de pacientes                          | 2 | 10 |
| 21 | Gestión de insumos y materiales                           | 2 | 8  |
| 22 | Gestión de equipos e infraestructura                      | 2 | 12 |

Fuente: Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.

**IX. META:** Como Institución, se programa realizar 01 Autoevaluación para la acreditación, en el presente año 2020, la autoevaluación se realizará en las diferentes UPSS, Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Radioterapia, UCI, Farmacia, Diagnostico por Imágenes, Patología Clínica, Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Nutrición, Central de Esterilización, Cuidados Paliativos.

**CUADRO N.º 03**  
**META 2020 IREN - CENTRO**

| <i>IPRESS</i>                                                  | <i>CANTIDAD</i> |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| <i>Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Centro</i> | <i>1</i>        |

Fuente: Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.

**X.FINANCIAMIENTO:** La Unidad de Gestión de la Calidad del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - Centro, no cuenta con asignación presupuestaria propia, por lo que dependerá de la Dirección Regional de Junín, para el financiamiento de las actividades y cumplir con las metas que nos trazamos en el presente año 2020.



**XI. RESPONSABILIDAD:**

**Responsabilidad del Equipo Evaluador**

- Haber recibido formación como evaluador para la acreditación de servicios de Salud
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional 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, analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones



- y generar recomendaciones idóneas
- Documentar las observaciones
- Tratar la información confidencial con discreción
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo
- Comunicar inquietudes a los evaluadores de una manera respetuosa proactiva y clara.

#### Responsabilidades del personal de la IPRESS.

- El personal que labora en la IPRESS, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

#### XII. BIBLIOGRAFIA:

1. MINSA; NTS N° 050 - MINSA/DGSP - V.02, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; Perú; año 2007
2. MINSA; Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo"; Perú; año 2009
3. MINSA; Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las comisiones sectoriales de acreditación de servicios de salud; Perú; año 2009
4. MINSA/ MEF; Decreto Supremo que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir el año 2020, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto legislativo que regula la política Integral de Compensaciones y Entregas económicas del Personal de la Salud al servicio del estado; Perú; año 2019.
5. Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo mediante NTS N.º 050-MINSA/DGSP -V 02
6. Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico del sistema de gestión de calidad en salud.
7. Resolución ministerial N.º 270 -2009/MINSA: "Guía Técnica del Evaluador, para la acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo"
8. Resolución Ministerial N.º 546 - 2022/MINSA, "Norma Técnica de Salud N.º 021 - MINSA/DGSP-V.03: Categorías de establecimientos de sector salud".
9. Resolución Ministerial N.º 572 -2011/MINSA "directiva administrativa de Monitoreo del desempeño de Gestión de E establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención.



**XIII. ANEXOS: Cronograma de actividades para desarrollar el Plan de autoevaluación.**

**CUADRO N° 04**

**Cronograma de Actividades del Plan de Autoevaluación para la Acreditación**

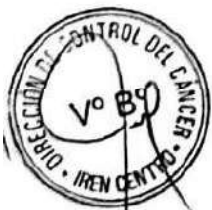
| INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS CENTRO - 2020                                                                                                              |       |       |        |            |           |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--------|------------|-----------|-----------|
| ACTIVIDADES                                                                                                                                                      | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
| Elaboración del plan anual de autoevaluación                                                                                                                     | X     |       |        |            |           |           |
| Presentación del plan Anual de Autoevaluación a las instancias superiores                                                                                        |       | X     |        |            |           |           |
| Sensibilización sobre el proceso de acreditación, Autoevaluación del IREN-CENTRO, al equipo de Gestión.                                                          |       | X     |        |            |           |           |
| Conformación del Comité de Acreditación y evaluadores internos.                                                                                                  |       | X     |        |            |           |           |
| Aprobación del Plan Anual de Autoevaluación                                                                                                                      |       | X     |        |            |           |           |
| Conformación del equipo de Acreditación y Evaluadores Internos bajo resolución                                                                                   |       | X     |        |            |           |           |
| Capacitación al equipo de acreditación y Evaluadores internos                                                                                                    |       | X     |        |            |           |           |
| Plan de Autoevaluación 2020 aprobado con Resolución Directoral.                                                                                                  |       |       | X      |            |           |           |
| El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas cuenta con el documento de comunicación de inicio de Autoevaluación del 2020 con sello remitido por la DIRESA. |       |       | X      |            |           |           |
| Ejecución de la Autoevaluación de Acreditación en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas                                                              |       |       | X      | X          | X         |           |
| Informe técnico final de Autoevaluación del 2020, según pautas y esquemas preestablecidos en la guía técnica de evaluador, con sello remitido por la DIRESA.     |       |       |        |            |           | X         |

FUENTE: Unidad de Gestión de la Calidad

XIV. ANEXOS: Macroprocesos de acreditación y áreas involucradas.

CUADRO N° 05  
Macroprocesos de Acreditación y áreas involucradas

| Nro. | COD. MACROPROCESO | AREA INVOLUCRADA EN LA EVALUACION   | AREAS INVOLUCRADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | DIR               | Direccionamiento.                   | Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico - Unidad de Gestión de Calidad, Oficina de epidemiología y estadística -servicios de hospitalización.                                                                                                                                                                                                          |
| 2    | GRH               | Gestión de Recursos Humanos         | Oficina Ejecutiva de Recursos humanos - presidente del comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud.                                                                                                                                                                                                                    |
| 3    | GCA               | Gestión de Calidad                  | Unidad de Gestión de la Calidad, oficina Ejecutiva de recursos humanos, presidente del comité de Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención de la salud                                                                                                                                                                                     |
| 4    | MRA               | Manejo de Riesgo de Atención        | Oficina de Ingeniería Mantenimiento y servicios, Departamento de enfermería - Oficina Ejecutiva de recursos Humanos, jefe del Departamento de banco de sangre y hemoterapia, presidente del comité institucional del control y prevención de infecciones intrahospitalarias del IREN - Comité de historias clínicas, Oficina de epidemiología y estadística. |
| 5    | GSD               | Gestión de seguridad ante desastres | Departamento de Medicina Critica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6    | CGP               | control de la Gestión y Prestación  | Oficina de Epidemiología y Estadística. - Unidad de Gestión de la calidad, Departamento de enfermería                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7    | ATA               | Atención Ambulatoria                | Departamento de Promoción de la Salud, prevención y control del Cáncer, Unidad de referencias y contra referencias - oficina de comunicaciones (cartera de servicios del IREN) - consultorios externos - plataforma de atención al usuario (PAUS).                                                                                                           |
| 8    | ATH               | Atención de Hospitalización         | Servicio de atención de hospitalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9    | EMG               | Atención de Emergencia              | Servicio de emergencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 10   | ATQ               | Atención Quirúrgica                 | Centro Quirúrgico para Cirugía Mayor y Menor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 11   | INV               | Investigación                       | Departamento de Investigación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12   | DOC               | Docencia                            | Departamento de Docencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



|    |      |                                                                  |                                                                                                                                                                                        |
|----|------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | ADT  | <b>Atención de apoyo al Diagnóstico y Apoyo al tratamiento</b>   | Departamento de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento -<br>Departamento de investigación -<br>Dirección de Control de Cáncer                                                 |
| 14 | ADA  | <b>Admisión y Alta</b>                                           | Servicio de Hospitalización -<br>Emergencia                                                                                                                                            |
| 15 | TCA  | <b>Tecnología para la continuidad de atención</b>                | Oficina de Referencia y<br>Contrarreferencia                                                                                                                                           |
| 16 | GMD  | <b>Gestión de Medicamentos</b>                                   | Departamento de Farmacia                                                                                                                                                               |
| 17 | GIN  | <b>Gestión de la información</b>                                 | Oficina de comunicaciones - Oficina de informática                                                                                                                                     |
| 18 | DLDE | <b>Descontaminación, limpieza, desinfección y Esterilización</b> | Central de esterilización - lavandería -<br>limpieza - unidad orgánica de enfermería                                                                                                   |
| 19 | MRS  | <b>Manejo de riesgo social</b>                                   | Equipo Funcional de evaluación Económica y servicio social - oficina de planeamiento y presupuesto                                                                                     |
| 20 | MNP  | <b>Manejo de Nutrición de pacientes</b>                          | Servicio de Nutrición                                                                                                                                                                  |
| 21 | GIM  | <b>Gestión de Insumos y materiales</b>                           | oficina de logística                                                                                                                                                                   |
| 22 | GEIF | <b>Gestión de equipos e infraestructura.</b>                     | Oficina de Ingeniería, Mantenimiento y Servicios, Oficina de Logística (unidad funcional de control patrimonial) -<br>equipo de Gestión de la Calidad de proyectos de mejora continua. |

FUENTE: Unidad de Gestión de la Calidad del IREN - Centro.





**CUADRO N°01**  
**EQUIPO DE ACREDITACION DEL IREN-CENTRO 2020**

| EQUIPO DE ACREDITACION RUMBO A LA ACREDITACION DEL IREN - CENTRO 2020 |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| NRO                                                                   | CARGO                                                   |
| 1                                                                     | MC. Danilo Baltazar Chacon                              |
| 2                                                                     | Obst. Glennis Monge Loayza                              |
| 3                                                                     | Mr. Joel B. Vilchez Gutierrez                           |
| 4                                                                     | Mr. Rocio Ortueta Caliza                                |
| 5                                                                     | MC. Catalina Carrillo Contreras                         |
| 6                                                                     | MC. Amador Salvador Reyes                               |
| 7                                                                     | MC. Carla Maria Cabrera Moreno                          |
| 8                                                                     | MC. Ricardo Giancarlo Vasquez Blondet                   |
| 9                                                                     | Lic. Enf. Rocio del Carmen Marlene Puente Jurado        |
| 10                                                                    | Mr. Luis Tello Davila                                   |
| 11                                                                    | Enon. Dennis Lincoln Inga Rosales                       |
| 12                                                                    | Representante de la Oficina Ejecutiva de Administracion |
| 13                                                                    | Representante Oficina de Recursos Humanos               |

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad

**CUADRO N° 02**  
**EVALUADORES INTERNOS - IREN CENTRO 2020**

| EQUIPO DE ATOEVALUADORES DEL IREN-CENTRO RUMBO A LA ACREDITACION 2020 |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| NRO                                                                   | EVALUADORES INTERNOS                      |
| 1                                                                     | Mr. Rocio Ortueta Caliza                  |
| 2                                                                     | Lic. Enf. Juan Carlos Nolasco Ordóñez     |
| 3                                                                     | CD. Katherine del Pilar Figueroa Calderon |
| 4                                                                     | CD. Yvelo Mamani Quispe                   |
| 5                                                                     | Lic. Enf. Yosil Hilario Inga              |
| 6                                                                     | MC. Joel B. Vilchez Gutierrez             |
| 7                                                                     | Katherine Susibel Muñoz Ariles            |
| 8                                                                     | CD. Yamel Porroga Huamanchao              |
| 9                                                                     | CD. Diana Colonia Canchanya               |
| 10                                                                    | Obst. Joel Jose Aguilar Lavado            |
| 11                                                                    | MC. Jose Romero Yauri                     |
| 12                                                                    | Obst. Rosana Patricia Rojas Cajacuri      |
| 13                                                                    | MC. Cesar Palomina Mostaeros              |
| 14                                                                    | Lic. Not. katty Mamani Cuentas            |
| 15                                                                    | Lic. Wilber Lara Potillo                  |
| 16                                                                    | MC. Vanessa Moix Modesto                  |
| 17                                                                    | MC. Henry Olivera Changra                 |

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad



## XVII. REFERENCIAS

1. 2005, I. 9. (2015). NUEVAS NORMAS ISO ES UNA INICIATIVA DE ESCUELA EUROPEA DE EXCELENCIA. Obtenido de <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>
2. ESAN, U. (2019). DEFINICIONES DE CALIDAD EN SALUD. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
3. INEI. (2016). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016. Lima, Perú.
4. INEN, (2018) Plan de Gestión de calidad, 2018-2019.
5. MINSA, (2006) Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. 2006
6. MINSA. (2007). Sistema de Gestión de la Calidad. Documento Técnico RM 519-2006/MINSA. PERÚ.
7. MINSA, Dirección de Calidad. Informe de medición de los Niveles de Calidad en los Institutos y Hospitales Nacionales de Lima y Callao 2007.
8. MINSA. (2009). Política Nacional de Calidad en Salu. Documento Técnico. Lima, Perú.
9. MINSA, (2011) Evaluación de la satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de salud y Servicios médicos de apoyo. 2011
10. Organización Mundial de la Salud. (2009) "Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. 2009
11. Organización Mundial de la Salud. (2019). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es>

