



GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 688 2023-HRI/DE



GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
CERTIFICO: Que el presente documento
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que me remito para los fines pertinentes

18 ABR. 2023

SP. LEONOR CARMEN PEREYRA ZEA
FEDATARIO HRI

Resolución Directoral

Ica, 14 de abril del 2023

VISTO:

El expediente N° 23-007280-001 que contiene el MEMO N° 369-2023-HRI-DE, por el cual el Director Ejecutivo presenta para su aprobación del "Plan de Autoevaluación Hospital Regional de Ica 2023" y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la **Ley N° 26842**, Ley General de Salud, establece que responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante **Decreto Supremo N° 013-2006-SA**, aprueba el Reglamento de Establecimientos 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, con **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 y servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenta con capacidades para brindar prestaciones 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 cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán el 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, 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 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;

III....

Que, a través de **Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA**, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad", 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, mediante **Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA** aprueba las "Normas de Elaboración de Documentos Normativos de Ministerio de Salud", entre sus objetivos específicos señala: que brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como, estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa, asimismo establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de documentos normativos;

Que, mediante documento visto, la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del Plan de Autoevaluación Hospital Regional de Ica 2023, cuya finalidad es fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad de nuestra Institución mediante la Autoevaluación con una metodología de mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los criterios de evaluación establecidos, para que estos se desarrollen de forma continua en todos los Macroprocesos del HRI, orientado a la Acreditación y a la mejora continua de la calidad de los procesos.

Que, de conformidad con la Ley N° 26842 Ley General de la Salud, Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización; Ley 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Regional de Ica, aprobado con Ordenanza Regional N° 001-2012-GORE-ICA/PR;

Estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad, visado por la Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Ica;

SE RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Aprobar el "**Plan de Autoevaluación Hospital Regional de Ica 2023**"; contenida en (Dieciséis folios) que conforman parte de la presente resolución. -----

ARTICULO SEGUNDO: Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Ica, Responsabilidad de dar cumplimiento a la ejecución de la presente resolución-----

ARTICULO TERCERO: Notificar la presente Resolución a los interesados e instancias pertinentes, y disponer que la unidad de Estadística e Informática publique la presente Resolución, en el Portal institucional del Hospital Regional de Ica. -----

Regístrese y Comuníquese,

GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. JULIO HECTOR TORRES CHANG
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
C.M.P. N° 24761



PLAN DE AUTOEVALUACION HOSPITAL REGIONAL DE ICA - 2023



AUTOEVALUACIÓN
Aquí participamos todos

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	03
II. JUSTIFICACION	04
III. OBJETIVO	04
3.1. Objetivo General	
3.2. Objetivo Especifico	
IV. ALCANCE	04
V. BASE LEGAL	05
VI. METODOLOGIA DE EVALUACION	05
6.1. Pasos para la Autoevaluación	
6.2. Técnica a utilizar en la Evaluación	
6.3. Instrumentos para la Evaluación	
VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION	10
7.1. Cronograma - A	
7.2. Cronograma - B	
VIII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS –HRI 2023	13
IX. ANEXOS	14
Anexo N° 1 Estructura del Listado de Estándares de Acreditación	
Anexo N° 2 Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación	
Anexo N° 4 Hoja de Recomendaciones	
Anexo N° 5 Matriz de Selección	

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.

La Acreditación esta definida como una metodología de evaluación periódica, que tiene el propósito de garantizar la calidad, así mismo como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

El primer paso dentro del proceso de acreditación es realizar la Autoevaluación. Esta se realiza comparando el desempeño de la atención de salud, con diversos estándares óptimos, factibles de alcanzar, además de la evaluación de elementos de estructura, proceso y resultado.

La acreditación del Hospital Regional de Ica busca garantizar a los usuarios y al sistema de salud en general, que nuestro hospital cuente con los recursos óptimos de calidad de atención en salud.

En la actualidad el Hospital Regional de Ica viene atendiendo, prestando servicios de atención especializada de salud ambulatoria, hospitalización y atenciones de servicios de emergencia, considerando su categoría de **HOSPITAL NIVEL II-2**.

Se han organizado los equipos de evaluadores internos en relación a los macroprocesos, analizando los instrumentos acordes a los estándares de acreditación, fuentes auditables, criterios de evaluación, elaborándose luego los documentos necesarios para realizar el proceso de manera imparcial, autónoma, evitando conflictos de intereses, interactuando con los responsables de los Ejes, Unidades, Servicios y otros.

En este contexto, la Política de Salud busca a través del desarrollo de los procesos de Reforma del Sector, contribuir a mejorar los indicadores de salud, garantizando el acceso real a la salud con calidad, eficiencia, eficacia, humanidad, especialmente en las poblaciones en extrema pobreza y con mayores riesgos de enfermar y/o morir. De allí la necesidad del inicio de la autoevaluación para una mejora continua, elemento esencial para alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir la seguridad, calidad y equidad en el proceso de atención.

II. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Regional de Ica, brinda servicios de salud en diferentes especialidades de acuerdo al nivel de complejidad II-2 que incluye procesos de atención; promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a nivel regional, con recursos humanos especializados y tecnología de última generación al servicio de la población, encaminados a una atención de mejor calidad.

En ese contexto, el Hospital Regional va implementar la fase de evaluación en virtud al proceso de Acreditación de manera progresiva, buscando un mayor compromiso de mejora por lo que para el presente año se ha rediseñado estrategias que permitan mejorar los resultados obtenidos y dar cumplimiento a los estándares de calidad establecidos para los establecimientos de salud de nivel II-2

En el presente año se desarrollará el Plan de Autoevaluación porque es un procedimiento de carácter obligatorio en el proceso de Acreditación y tiene como propósito evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares establecidos y mejorando aquellos procesos que sean necesarios para alcanzar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de los estándares de acreditación en el Hospital Regional de Ica mediante la Autoevaluación a través de la aplicación del Listado de Estándares de acreditación para establecimientos de salud con categoría II-2, establecida por el Ministerio de Salud para la identificación e Fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.

3.2. Objetivo Específicos

- 3.2.1. Comprometer a los Órganos y Unidades Orgánicas en la planificación y desarrollo del proceso de Autoevaluación del HRI.
- 3.2.2. Conformar al Equipo de evaluadores Internos y responsables por cada Órgano y/o Unidades Orgánicas para interactuar en el desarrollo del proceso de autoevaluación del HRI.
- 3.2.3. Fortalecer las competencias de los evaluadores internos en el marco de la Autoevaluación para la Acreditación con fines de mejora continua de la calidad.
- 3.2.4. Promover la Cultura de calidad en los Órganos y Unidades Orgánicas del HRI con el cumplimiento de estándares y criterios establecidos para la Acreditación.
- 3.2.5. Involucrar la máxima participación de los servidores en el proceso de Autoevaluación para la Acreditación, determinando el adecuado cumplimiento de los estándares establecidos por la normatividad vigente.
- 3.2.6. Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la Autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.
- 3.2.7. Identificar fortalezas, debilidades, determinar oportunidades y amenazas luego de la aplicación del listado de estándares.

IV. ALCANCE

El presente plan tiene alcance y es de cumplimiento obligatorio por todos los órganos y unidades orgánicas del Hospital Regional de Ica.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 27444 "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- RM N° 616-2003-SA/DM que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 021-2022-SA, se estableció criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023, para percibir la entrega económica anual a la que se hace referencia en 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
- R.M N° 727-2009/MINSA Documento Técnicos "Políticas Nacionales de Calidad en Salud"
- RM N° 589-2007/MINSA Plan Nacional Concertado de Salud.
- RM 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.
- RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- DS N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios médicos de Apoyo.
- RM N° 456-2007/MINSA que Prueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 270-2009/MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, donde se aprueba el "Reglamento para el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Directoral N° 388-2023-HRI/DE, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Ica 2023.
- Resolución Directoral N° 384-2023-HRI/DE, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Ica, periodo 2023.

VI. METODOLOGIA DE LA EVALUACION

La Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de evaluadores internos, los cuales cuentan con el entrenamiento respectivo.

Para el desarrollo del Plan de Autoevaluación se utilizará además de las reuniones presenciales, comunicación audiovisual entre otras herramientas informáticas.

Durante todo el proceso de la Autoevaluación, se evaluarán los avances, limitantes y aportes de cada Dirección. La Autoevaluación se realiza mínimo una vez al año y se cumplirá con las siguientes actividades:

6.1. PASOS PARA LA AUTOEVALUACION:

A. Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional:

Elaboración del Plan de autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional de Ica, estará programada en el Plan Operativo Institucional 2023.

B. Conformación del Equipo de Acreditación y de Evaluadores Internos para la elaboración de cronograma de reuniones:

- La Jefatura Institucional dispone de la conformación de un Equipo de Acreditación aprobado con Resolución Directoral N° 388-2023-HRI/DE.
- Se dispone de profesionales entrenados que integran el Equipo de Evaluadores Internos oficializados con Resolución Directoral N° 384-2023-HRI/DE.
- Los evaluadores internos están conformados por equipos según Macroproceso.
- Cada equipo tendrá un coordinador elegido democráticamente, siendo recomendable otorgarlo a la persona de mayor experiencia.
- Cada equipo formulara su cronograma de reuniones presenciales o virtuales y planificara la autoevaluación en el cumplimiento de los criterios en el Macroproceso designado, dentro del plazo establecido para la Autoevaluación.
- Cada equipo de evaluadores internos coordinara con cada área involucrada en los estándares de calidad y realizara la Autoevaluación en el HRI.

C. Difusión de la Autoevaluación para la Acreditación del HRI.

Con el apoyo de la oficina de comunicación se difundirá el proceso de Acreditación.

D. Sensibilización sobre el proceso de Acreditación al Equipo de Gestión Hospitalaria (Direcciones Generales y Ejecutivas):

Consolidará los reportes acerca del avance de las observaciones y recomendaciones producto de la evaluación del 2022 y las dispondrá al equipo de evaluadores para el seguimiento en el periodo 2023 durante la evaluación.

E. Revisión y/o Reformulación de instrumentos de recolección de información, si fuese necesario:

Esta actividad se realizará por cada macroproceso y su duración no deberá exceder las dos semanas.

F. Preparación de materiales:

Culminada la revisión, el coordinador de cada macroproceso entregara al equipo de acreditación sus requerimientos (instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar el proceso de autoevaluación.

G. Aprobación del Plan de Autoevaluación:

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 Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

H. Comunicación del Inicio de la Autoevaluación:

Acción que es obligatoria y comunicada de forma oficial por conducto Regular a través de Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Ica.

I. Etapa de Análisis de Mejoras:

Actividad para determinar las áreas con fortaleza y otras por mejorar sus procesos. Se entregará a cada servicio los criterios de Acreditación a evaluar. El equipo de evaluadores internos y las áreas involucradas revisaran los resultados del informe final de autoevaluación del 2022 y se verificara si cada área cumple o mantiene los criterios de evaluación del Listado de Estándares según opción de calificación.

J. Reunión de apertura:

Consiste en el desarrollo de una reunión presencial con la Dirección Ejecutiva. Jefes de Departamento/Servicios, responsables del proceso de cada Área/ Unidad funcional involucrados con los macroprocesos a fin de socializar la fase de autoevaluación, presentar al equipo de evaluadores internos, confirmar el plan de evaluación, establecer fecha y hora de cierre de la evaluación y ratificar los compromisos de participación de las áreas a través de los responsables de interactuar en relación a los Macroprocesos.

K. Etapa de Autoevaluación de los macroprocesos:

Esta actividad será desarrollada en un intervalo de 04 semanas a cargo del Equipo de Evaluadores Internos, que coordinará con las Direcciones y Jefatura de Departamento y 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 designada por la Dirección hacia el coordinador del macroproceso.

• Ejecución de la Autoevaluación.

La evaluación se desarrollará de manera presencial en coordinación con los Jefes de Departamento y/o Servicio, a través de reuniones presenciales convocadas por el equipo de evaluadores por cada macroproceso. Para lo cual esta actividad se desarrolla en **dos fases** de acuerdo al cronograma tentativo que estará sujeto a modificaciones de acuerdo al contexto actual;

1. **Recolección de Información (1ra fase):** Consiste en el desarrollo de reuniones presenciales con los responsables del proceso de cada Departamento, servicio, unidad o área con el que deben interactuar y solicitar información (fuentes auditables) de acuerdo a los instrumentos para la evaluación por cada macroproceso.
2. **Ejecución de la Autoevaluación (2da fase):** Consiste en la revisión exhaustiva de las fuentes auditables remitidas por cada Departamento, Servicio, Unidad y Área, nivel de cumplimiento, identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento. Solo se hará la visita de campo para asuntos puntuales de evaluación, observación y revisión de procesos.

L. Reunión de Cierre

Comprende el desarrollo de reuniones presenciales con la Alta Dirección, Jefes de Departamento, Jefes de Servicios y Unidades involucrados en los macroprocesos, a fin de realizar un análisis preliminar de resultados, retroalimentación sobre el cumplimiento de los criterios de evaluación, precisiones respecto al cumplimiento de los criterios de evaluación y determinar la fecha de entrega del informe técnico de evaluación.

M. Entrega de Informes de los resultados por cada macroproceso para el ingreso al software.

- Cada equipo de autoevaluación elaborará un informe con sus actividades y resultados encontrados que serán entregados en los formatos establecidos para tal fin.
- Se ingresará la información obtenida en el Aplicativo del Sistema de Acreditación del MINSA.

N. Elaboración del Informe final de Autoevaluación.

A cargo del evaluador líder, coordinadores de equipo de autoevaluación y equipo de acreditación. Etapa de análisis de los resultados obtenidos por cada Macroproceso.

O. 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 realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora y una nueva autoevaluación en 06 meses.

P. 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 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.

6.2 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Las técnicas utilizadas son:

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 como se desarrollan los procesos en La práctica, Se observa a las personas, Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de Acreditación.
4. **Muestra:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van hacer generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
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. **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.3 INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION

- Guía del Evaluador.
- Lista de Estándares de Acreditación, aprobado con Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA.
 - **Anexo A:** Estructura de Listado de Estándares de Acreditación.
 - Referencias Normativa.
- Formatos para la Autoevaluación.
 - **Anexo B:** Hoja de Registro de Datos para la Evaluación y de Recomendaciones.
 - Fuentes Auditables.
- Aplicativos para el registro de resultados.

VII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - A

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
				I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Conformación del Equipo de Acreditación del HRI.	Equipo de Acreditación	Resolución Directoral			x									
2	Difusión del Proceso y Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-2 a los Órganos y Unidades Orgánicas del HRI.	Equipo de Acreditación	Informe												
3	Selección de Evaluadores Internos a los Órganos y Unidades Orgánicas del HRI.	Equipo de Acreditación	Informe			x									
4	Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HRI.	Equipo de Acreditación	Resolución Directoral			x									
5	Capacitación sobre Acreditación y la Guía Técnica del Evaluador dirigido a los Evaluadores Internos.	Equipo de Acreditación	Informe				x								
6	Elaboración del Plan de Autoevaluación del HRI 2023	Equipo de Evaluadores Internos	Informe				x								
7	Aprobación del Plan de Autoevaluación del HRI 2023	Dirección Ejecutiva	Resolución Directoral				x								
8	Difusión del proceso de Autoevaluación por el Equipo de Acreditación con respaldo de la Dirección Ejecutiva dirigido a los Órganos y Unidades orgánicas del HRI.	Dirección Ejecutiva/ Equipo de Acreditación/Oficina de Comunicación	Informe				x								
9	Designar responsable de servicio/área/Departamento que deben interactuar con los Evaluadores Internos.	Dirección Ejecutiva/ Jefes de Departamento	Informe				x								
10	Reunión de Apertura (sensibilización sobre el proceso de Acreditación del HRI al Equipo de Gestión del HRI.	Equipo de Acreditación/ Líder de Evaluadores Internos	Acta					x							
11	Designación del Evaluador Líder, Coordinador de cada Macroproceso y elaboración de la Lista de Chequeo para la Autoevaluación.	Equipo de Evaluadores Internos	Acta					x							
12	Reunión de trabajo con el líder y coordinadores de equipo de evaluadores internos: Revisión del Listado de Estándares de Acreditación, definición de fuentes auditables y preparación de instrumentos para el recojo de información.	Líder de Evaluadores Internos	Acta					x							
13	Revisión del Informe de la Autoevaluación Interna 2022 que hace referencia a las mejoras de cada Macroproceso, para la actualización de datos de referencia y relacionar los procesos que se vinculan entre ellos.	Equipo de Evaluadores Internos	Informe				x								
14	Reunión para establecer el cronograma de reuniones con los responsables de cada área y planeamiento de la visita.	Equipo de Evaluadores Internos													

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION - B

RESPONSABLE POR SUB- EQUIPO	MACROPROCESO	EQUIPO DE EVALUADORES INTEROS	AGOSTO				RESPONSABLE(S) EVALUADOS
			1ra SEM.	2da SEM.	3ra SEM.	4ta SEM.	
M.C RICARDO MUÑANTE	DIRECCIONAMIENTO (DIR)	M.C Ricardo Muñante	Mañana				Jefe de la oficina de Planeamiento Estratégico.
	GESTION DE RECURSOS HUMANOS (GRH)	S.P. María del Carmen Lovera	Mañana				Jefe de la Oficina de Recursos Humanos
	GESTION DE LA CALIDAD (GCA)	Econ. Elsa Espino Hernández	Mañana				Jefe de la Oficina de Calidad
	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION (MRA)	Lic. Dora Isabel Pino	Mañana				Jefe el Departamento de Enfermería. Jefe de la Oficina de Epidemiología y Saneamiento Ambiental.
M.C MIRIAM MALDONADO	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	Lic. Psic. Cheryl Quinteros	Mañana				Jefe del Departamento de Emergencia. Responsable del EMED.
	CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION (CGP).	M.C. Ricardo Muñante. Lic. Emma Luz Espino	Mañana				Jefe de la oficina de Planeamiento Estratégico.
	ATENCION AMBULATORIA (ATA).	M.C Miriam Maldonado M.C. Henry Sotelo		Tarde			Jefe del Departamento de Medicina. Pediatría, Cirugía y Gineco-obstetricia
	ATENCION DE HOSPITALIZACION (ATH).	M.C Miriam Maldonado M.C. Erika Diaz		Tarde			Jefe del Departamento de Medicina. Pediatría, Cirugía y Gineco-obstetricia.
	ATENCION DE EMERGENCIA (EMG).	M.C Maldonado Lic. Obst. Guerra		Tarde			Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
	DOCENCIA E INVESTIGACION (DIV).	S.P. Magda Bernalola		Tarde			Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación
	ATENCION QUIRURGICA (ATQ).	M.C Miriam Maldonado Lic. Dhanya Palomino		Tarde			Jefe del Departamento de Cirugía
	APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (ADT).	Lic. Yolanda Carrión M.C. Rocio Córdova			Mañana		Jefe del Departamento de Diagnostico por Imágenes
LIC. ENF. YOLANDA CARRION	ADMISION Y ALTA (ADA).	M.C. Licia Palomino			Tarde		Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RCR).	Ing. Katherine Pérez			Mañana		Jefe de la Oficina de Seguros Públicos, Privados y Referencia.
	GESTION DE MEDICAMENTOS (GMD).	Q.F. Karina Murguía			Mañana		Jefe del Departamento de Farmacia
	GESTION DE LA INFORMACION (GIN).	S.P. Eugenio Villanueva			Tarde		Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
LIC. ENF. MARIA ELENA ZUAZO	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION (DLDE).	Li. Nut. Olimpia Ramos			Tarde		Jefe de la oficina de Mantenimiento Hospitalario y Servicios Generales
	MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS).	Asist. Social. Karhol Silva				Mañana	Jefe del Departamento de Psicología y Servicio Social.
	MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES (NYD).	Lic. María Elena Zuazo				Mañana	Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética.
	GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM).	Lic. María Luisa Anchanche				Tarde	Jefe de la Oficina de Administración. Jefe de la Oficina de Logística.
	GESTION DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (EIF).	Ing. José Antonio Ramos				Mañana	Jefe de la oficina de Mantenimiento Hospitalario y Servicios Generales

VIII. EQUIPO DE EVALUACION (Identificación del Evaluador Líder)

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS HRI 2023	
M.C Leyla Luisa De La Torre Poma.	Coordinadora
M.C Ricardo Williams Muñante Pachas.	Líder del Equipo
• S.P María del Carmen Lovera Espinoza • Lic. Psic. Cheryl Liliam Quinteros Pebes • Lic. Lic. Emma Luz Espino Pecho • Econ. Elsa Bertha Espinoza Hernández • Lic. Dora Isabel Pino Arana.	
M.C. Miriam Vanessa Maldonado Mayurí.	Líder del Equipo
• M.C Henry Heinz Sotelo Mendoza. • M. C. Erika Díaz Huayanca. • Lic. Dhanya Scarlett del Rosario Palomino Tenorio • S.P. Magda Luz Bernaola Paredes • Lic. Lic. Obst. Gladis Patricia Guerra García	
Lic. Yolanda Carrión de Pacco.	Líder del Equipo
• M.C Licia Rosa de Fátima Palomino Justo • M.C Roció del Rosario Córdova Vicerrel. • S.P. Eugenio Villanueva Flores • Q.F Karina Mabel Murguía Uribe. • Lic. Nut. Olimpia Ramos Lupaca • Ing. Katherine Julia Pérez Quispe.	
Lic. Enf. María Elena Zuazo Aquije.	Líder del Equipo
• Asist. Social Karhol Silva Mejía • Lic. María Luisa Anchante Lujan • Ing. José Antonio Ramos Peña.	

“Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional de Ica”, periodo 2023, aprobado con Resolución Directoral N° 384-2023-HRI/DE, de fecha 07 de marzo del 2023.

IX. - ANEXOS

Anexo N° 1: Estructura del Listado de Estándares de Acreditación.

Macroproceso:				
Objetivo y Alcance:				
Código	Estándar	Atributos relacionados	Referencia Normativa	Criterios de Evaluación

Anexo N° 2: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación

Establecimiento de Salud:

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicio evaluado: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código del Estándar: _____

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

Anexo N° 4: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicio evaluado: _____

Macroproceso	Estándar Indicador	Observaciones	Recomendaciones

Anexo N° 5: Matriz de Selección

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntajes para cada problema.

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

Aplicar según "Manual para la Mejora Continua de la Calidad" aprobado con R.M. N° 640-2006/MINSA