



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de abril de 2024.

VISTOS: Informe N° 030-2024-DIRESA-HRM-AL/01 de fecha 10 de abril de 2024 del Área de Asesoría Legal, Informe N° 204-2024-DIRESA-HRM/05 de fecha 01 de abril de 2024 de la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 039-2024-DIRESA/HRM/05-JEQG-MC de fecha 25 de marzo de 2024 por el Médico Prestacional de la UGC, Informe N° 254-2024-DIRESA-HRM/03 de fecha 12 de marzo de 2024 de la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 034-2024-DIRESA-HRM/03-0/RAC de fecha 12 de marzo de 2024 de la responsable del Área de Racionalización, Informe N° 0159-2024-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 de fecha 08 de marzo de 2024 de la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, Informe N° 045-2024-DIRESA-HRM/19-19.2 de fecha 07 de marzo de 2024 de la Jefatura del Servicio de Anatomía Patológica, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, 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;

Que, la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR, establecen como objetivo promover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país, contemplando como principio de prevención que, el empleador garantice en el centro de trabajo, los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores, y de aquellos que no teniendo vínculo laboral, presta servicios o se encuentran dentro del ámbito del centro de labores;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 072-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica", la cual tiene como finalidad mejorar la calidad de atención que se brinda en la Unidad Productora de Servicios (UPS) de Patología Clínica de los servicios de salud públicos y privados del Sector Salud;

Que, con Informe N° 045-2024-AP-DIRESA-HRM/19.2 de fecha 07 de marzo de 2024, la Jefatura del Servicio de Anatomía Patológica, remite al Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, el Manual de Bioseguridad debidamente subsanado y otorga visto bueno al mismo, a fin de que continúe con el trámite de aprobación; razón por la cual, a través de Informe N° 0159-2024-DPTO-PCL-DIRESA-HRM/19 la jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, traslada el mencionado Manual, a la Dirección Ejecutiva, para que continúe con el trámite correspondiente;

Que, asimismo, el Manual de Bioseguridad, tiene como objetivo fortalecer el cumplimiento de prácticas adecuadas de Bioseguridad dentro del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Moquegua, así minimizar la exposición a factores de riesgo biológicos, físicos o químicos que puedan llegar a afectar la salud del personal asistencial del servicio en mención; asimismo sus objetivos específicos son: *a. Implementar las normas de bioseguridad en las actividades desarrolladas por el personal de la salud que labora en el servicio de anatomía patológica frente al contacto natural o accidental con agentes potencialmente nocivos; b. Identificar los riesgos laborales a los que está expuesto el personal de la salud en el servicio anatomía patológica; c. Minimizar los riesgos de exposición en el que se encuentra expuesto el personal de la salud del servicio de anatomía patológica;*





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 10 de abril de 2024.



Que, mediante Informe N° 034-2024-DIRESA-HRM/03-0/RAC de fecha 12 de marzo de 2024, la responsable del Área de Racionalización, otorga opinión técnica favorable, y señala que, el manual en mención, fue elaborado conforme a la Directiva N° 001-2023-HRM-UGC denominada "Lineamientos para la elaboración, de Guías Técnicas de procedimientos asistenciales, manuales operativos e instructivos del trabajo asistencial del Hospital Regional de Moquegua" aprobada con Resolución Ejecutiva Directoral N° 308-2023-DIRESA-HRM/DE; por lo que, lo eleva a la Oficina de Planeamiento Estratégico, para que continúe con su trámite de aprobación;



Que, con Informe N° 254-2024-DIRESA-HRM/03 de fecha 12 de marzo de 2024, la Jefatura de Planeamiento Estratégico, otorga opinión favorable al Manual de Bioseguridad del Servicio de Anatomía Patológica, y solicita a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, su aprobación a través de acto resolutivo;

Que, a través de Informe N° 204-2024-DIRESA-HRM/05 de fecha de 01 de abril de 2024, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, otorga opinión favorable al Manual de Bioseguridad del Servicio de Anatomía Patológica, en concordancia con el Informe N° 039-2024-DIRESA/HRM/05-JEQG-MC, emitido por el Médico Prestacional de la UGC, quien previo análisis concede opinión favorable al mencionado manual;

Que, mediante Informe Legal N° 030-2024-DIRESA-HRM-AL/01 de fecha 10 de abril de 2024, el Área de Asesoría Legal, concluye que el Manual, cumple con lo establecido en la Directiva N° 001-2023-HRM-UGC, denominada "Lineamientos para la elaboración, de Guías Técnicas de procedimientos asistenciales, manuales operativos e instructivos del trabajo asistencial del Hospital Regional de Moquegua", aprobada mediante Resolución Ejecutiva Directoral N° 308-2023-DIRESA-HRM/DE, por lo que determina que es necesario su aprobación;

Contando con el visto bueno de la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Oficina de Planeamiento Estratégico y con el proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el numeral 3 en cuanto a las atribuciones al cargo de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua descritas en el Manual de Organización y Funciones (MOF) del aprobado mediante Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el "MANUAL DE BIOSEGURIDAD DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA" del Hospital Regional de Moquegua, signado con código N° 001-2024-HRM-D.PCyAP-2AP, que consta de veinte (20) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Jefatura del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica/ Servicio de Anatomía Patológica, la implementación y difusión del manual aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMITASE, a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

MEHR/DE
JWTB/AL
(01) O. DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
(01) U. GESTION DE LA CALIDAD
(01) U. DPTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA
(01) S. DE ANATOMIA PATOLOGICA
(01) U. ESTADISTICA E INFORMATICA
(01) ARCHIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M. E. MIRTHA ELENA HUERTAS DE REYNOSO
C. M. P. 017360 RNE 008701
DIRECTORA EJECUTIVA

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



M.E. IDANIA EDITH MAMANI PILCO

DIRECTOR EJECUTIVO

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.C. BRENDA GINA GUTIÉRREZ VILCA

JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ELABORADO POR:

M.C. MIRTHA ELENA HUERTAS DE REYNOSO
LIC. ENF. EVELYN RUTH FERNÁNDEZ MAMANI
M.C. MARA BERLINDA VERA YANQUI
M.C. KATHERINE LIZBETH VALCÁRCEL ANGULO
M.C. ROSA MARÍA RAMOS SAIRA
M.C. JOSÉ MARÍA DALMECIO RIVERA CHUMBEZ
LIC. ROSARIO MILAGROS FLORES ROMERO
LIC. ENF. CYNTHIA HEIDY NATES VILCA
LIC. NUT. NELLY MARLENE MINAS MARTÍNEZ
Q.F. TOMY SALAZAR SUCLLA
OBST. BRIGIDA BETY PONCE CCALLATA
ING. ROBERTO GALLEGOS ORDOÑO
C.P.C. JUANA IRENE MAMANI CUÉLLAR
M.C. GRACE DIANA REYNOSO HUERTAS

2024

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2024

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, dentro de su mandato rector y específico, se enfoca en mejorar el estado de salud de la población al articular el Sistema Nacional de Salud. En este contexto, se han implementado medidas destinadas a elevar la calidad de la atención, en línea con la Política Nacional de Calidad en Salud. Este enfoque busca primordialmente elevar los estándares de los servicios de salud, lo que incide directamente en la satisfacción del usuario externo.

Para la Política Nacional de Calidad en Salud la mejora continua en salud es un proceso que demanda el compromiso de todos los actores involucrados, siendo este compromiso clave para su sostenibilidad a lo largo del tiempo. En el marco del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, la acreditación se rige como una de las herramientas más relevantes en el ámbito de garantía y mejora de la calidad.

El proceso de acreditación hospitalaria implica la evaluación periódica y comparativa del desempeño de los prestadores de salud, con base en estándares óptimos y factibles de alcanzar. Estos estándares están orientados a fomentar acciones de mejora continua en la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios. Esto conlleva a la entrega de servicios de calidad y a una mayor satisfacción tanto del usuario interno como externo. La mejora continua, fundamental en el proceso de acreditación, implica un desarrollo permanente y gradual en toda la organización, cerrando brechas existentes, alcanzando niveles de competitividad y aspirando a la excelencia organizacional.

En este contexto, el Ministerio de Salud, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, establece pautas para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Se destaca que la autoevaluación constituye la fase inicial obligatoria del proceso de acreditación. En esta etapa, los establecimientos de salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados.

Estos evaluadores utilizan el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud para llevar a cabo una evaluación interna, determinando así el nivel de cumplimiento e identificando fortalezas y áreas de mejora, cuyo cumplimiento debe ser mayor del 85% y así proceder a la etapa de evaluación externa.

El Hospital Regional de Moquegua, es un establecimiento de salud nivel II-2, que viene desarrollando estrategias y acciones para el despliegue del proceso de autoevaluación durante más de cinco años, en cuya trayectoria se ha ido mejorando para el cumplimiento de los estándares de calidad. El puntaje obtenido en el año 2023 fue del 73% de cumplimiento de los tres (03) tipos de macroprocesos: prestacional, gerencial y de apoyo.

Para el presente año, el Hospital Regional de Moquegua inicia un nuevo proceso de autoevaluación interna cuyo objetivo es superar el 85% de cumplimiento y alcanzar la calificación de aprobado, a fin de iniciar el proceso de evaluación externa a cargo de la Dirección Regional de Salud Moquegua – DIRESA.

El presente plan ha sido elaborado conforme lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, habiéndose conformado el equipo institucional de evaluadores internos (autoevaluación) con la Resolución Ejecutiva Directoral N° 023-2024-DIRESA-HRM/DE (31.01.2024).

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 87



II. JUSTIFICACIÓN

Los elementos interrelacionados que contribuyen a ofrecer una atención de calidad en los establecimientos de salud son fundamentales para la gestión institucional. Por tanto, es responsabilidad de nuestra institución aplicar la política de calidad en Salud. Esto no solo está estrechamente ligado a la medición, comparación y análisis mediante el uso de herramientas de calidad, sino también a la implementación de acciones de mejora continua, lo que permite satisfacer las expectativas de los usuarios externos y minimizar los riesgos en la atención médica. Estas acciones nos permiten alcanzar los estándares de calidad establecidos y cumplir con las expectativas tanto de usuarios internos como externos de nuestra organización.

En este contexto, la acreditación representa un proceso periódico de evaluación y comparación de estándares de calidad realizados en el Hospital Regional Moquegua. Su objetivo es fomentar la mejora continua de la calidad de la atención, evaluando los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo de nuestra institución. La acreditación también sirve para medir el desempeño y el cumplimiento de los estándares de calidad, lo que permite establecer estrategias de mejora fundamentales para la organización.

Por consiguiente, de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial No. 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSO-V.02 "norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la autoevaluación debe llevarse a cabo al menos una vez al año, como parte del proceso obligatorio de acreditación.

El presente plan dispone las actividades y acciones a ejecutarse para desplegar el proceso de acreditación a través de la autoevaluación interna, a fin de cuantificar porcentualmente el cumplimiento de los estándares y criterios de evaluación.

III. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluación para cuantificar el cumplimiento del listado de los estándares y criterios de evaluación para la acreditación del Hospital Regional Moquegua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar la programación de actividades para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación del Hospital Regional Moquegua.
2. Fortalecer competencias de los evaluadores Internos para la acreditación del Hospital Regional Moquegua según normas técnicas del MINSA.
3. Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional Moquegua
4. Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditación.
5. Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.
6. Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

IV. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por el equipo de Acreditación, Evaluadores Internos y todo el personal de los diferentes departamentos, servicios, unidades y oficinas del Hospital Regional Moquegua.

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTE2
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701



V. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842
Ley General de Salud.
2. Ley N° 29344
Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
3. Ley N° 29414
Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
4. Decreto Supremo No 013-2006-SA
Aprueba el Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
5. Decreto Supremo N° 027-2015-SA
Aprueba el Reglamento de la Ley No 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
6. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA
Aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
7. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA
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".
8. Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA
Aprueba la Directiva Administrativa que regula la Organización y Funcionamiento de las comisiones sectoriales de acreditación de los Servicios de Salud.
9. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA
Aprueba la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
10. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA
Aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
11. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA
Aprueba la Guía técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario externo en los Establecimientos y servicios médicos de apoyo.
12. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA
Aprueba la NTS N° 021 MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos del Sector Salud".
13. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA
Aprueba la Guía Técnica de elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la calidad.
14. Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA
Aprueba la Guía técnica para la categorización de Establecimientos del Sector Salud.
15. Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM
Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones – ROF de la Gerencia Regional de Salud de Moquegua y sus órganos desconcentrados.
16. Resolución Ejecutiva Regional N° 256-2022-GR/MOQ
Aprueba el Plan Estratégico Institucional ampliado 2018-2025
17. Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG
Aprueba el Manual de Organización de Funciones – MOF- del Hospital Regional Moquegua.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El instrumento que se utilizará será el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-2 servicios médicos de apoyo, listado que contiene 21 macroprocesos, que involucran 70 estándares, y 341 Criterios de evaluación, a saber:

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701



LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

Nº	DENOMINACIÓN	Estándar	Criterios de evaluación
1	Direccionamiento (DIR)	DIR-1	DIR1-1 al DIR1-8
		DIR-2	DIR2-1 al DIR2-3
2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	GRH-1	GRH1-1 al GRH1-4
		GRH-2	GRH2-1 al GRH2-2
		GRH-3	GRH3-1 al GRH3-2
		GRH-4	GRH4-1 al GRH4-3
3	Gestión de la Calidad (GCA)	GCA-1	GCA1-1 al GCA1-5
		GCA-2	GCA2-1 al GCA2-9
		GCA-3	GCA3-1 al GCA3-8
4	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	MRA-1	MRA1-1 al MRA1-11
		MRA-2	MRA2-1 al MRA2-9
		MRA-3	MRA3-1 al MRA3-4
		MRA-4	MRA4-1 al MRA4-4
		MRA-5	MRA5-1 al MRA5-5
		MRA-6	MRA6-1 al MRA6-10
		MRA-7	MRA7-1 al MRA7-4
		MRA-8	MRA8-1 al MRA8-3
5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	GSD-1	GSD1-1 AL GSD1-7
		GSD-2	GSD2-1 al GSD2-8
		GSD-3	GSD3-1 al GSD3-6
6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	CGP-1	CGP1-1 al CGP1-2
		CGP-2	CGP2-1 al CGP2-13
7	Atención Ambulatoria (ATA)	ATA-1	ATA1-1 al ATA1-5
		ATA-2	ATA2-1 al ATA2-4
		ATA-3	ATA3-1 al ATA3-2 y ATA3-6
		ATA-4	ATA4-1 al ATA4-2
9	Atención de Hospitalización (ATH)	ATH-1	ATH1-1 al ATH1-3
		ATH-2	ATH2-1 al ATH2-3
		ATH-3	ATH3-1 al ATH3-4
		ATH-4	ATH4-1 al ATH4-5
		ATH-5	ATH5-1 al ATH5-2
		ATH-6	ATH6-1 al ATH6-2
		ATH-7	ATH7-1 al ATH7-2 y ATH7-4 al ATH7-7
10	Atención de Emergencia (EMG)	EMG-1	EMG1-1 al EMG1-6
		EMG-2	EMG2-1 al EMG2-5
		EMG-3	EMG3-1 al EMG3-3
11	Atención Quirúrgica (ATQ)	ATQ-1	ATQ1-1 al ATQ1-5
		ATQ-2	ATQ2-1 al ATQ2-4
		ATQ-3	ATQ3-1 al ATQ3-11
		ATQ-4	ATQ4-1 al ATQ4-4
12	Docencia e Investigación (DIV)	DIV-1	DIV1-1 al DIV1-8
		DIV-1	DIV1-1 al DIV1-6
13	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	ADT-1	ADT1-1 al ADT1-2
		ADT-2	ADT2-1 al ADT2-2
		ADT-3	ADT3-1 al ADT3-7
14	Admisión y Alta (ADA)	ADA-1	ADA1-1 al ADA1-5
		ADA-2	ADA2-1 al ADA2-8
		ADA-3	ADA3-1 al ADA3-2
		ADA-4	ADA4-1
15	Referencia y Contrareferencia (RCR)	RCR-1	RCR1-1 al RCR1-4
		RCR-2	RCR2-1 al RCR2-2
		RCR-3	RCR3-1 al RCR3-4
16	Gestión de Medicamentos (GMD)	GMD-1	GMD1-1 al GMD1-5
		GMD-2	GMD2-1 al GMD2-5
		GMD-3	GMD3-1 al GMD3-5
17	Gestión de la Información (GIN)	GIN-1	GIN1-1 al GIN1-8
		GIN-2	GIN2-1 al GIN2-2
		GIN-3	GIN3-1 al GIN3-4
18		DLDE-1	DLDE1-1 al DLDE1-3

MURTHA ELENA HUERTAS FUENTE
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701

Grace Diana Reynoso Huertas
MÉDICO
AUDITOR
CMP. 51979 RNA

LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN			
Nº	DENOMINACIÓN	Estándar	Criterios de evaluación
	Descontaminación, Limpieza, desinfección y Esterilización (DLDE)	DLDE-2	DLDE2-1 al DLDE2-6
		DLDE-3	DLDE3-1 al DLDE3-4
		DLDE-4	DLDE4-1 al DLDE4-4
19	Manejo del Riesgo Social (MRS)	MRS-1	MRS1-1 al MRS1-4
		MRS-2	MRS2-1 al MRS2-2
20	Nutrición y Dietética (NYD)	NYD-1	NYD1-1 al NYD1-6
		NYD-2	NYD2-1 al NYD2-4
21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	GIM-1	GIM1-1 al GIM1-4
		GIM-2	GIM2-1 al GIM2-4
22	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	EIF-1	EIF1-1 al EIF1-9
		EIF-2	EIF2-1 al EIF-3

Cabe aclarar que el macroproceso 8 Atención extramural no es de aplicación para el nivel de atención del hospital, razón por la cual no figura en el listado anterior.

Cada uno de los macroprocesos se asignarán a un responsable miembro del equipo de evaluadores internos teniendo en consideración su perfil, independiente si es personal asistencial o administrativo, a quienes se brindará acompañamiento y asistencia técnica por parte de la unidad de Gestión de la Calidad.

Asimismo, la Unidad de Gestión de la Calidad ha planificado la ejecución de dos procesos de autoevaluación interna en el hospital; a fin de monitorear las actividades y acciones de mejora, luego de concluido el primer proceso de autoevaluación.

Los miembros del equipo de evaluadores internos utilizarán dos formatos para la evaluación, establecidos en la Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA (23.09.2009), que aprueba la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo":

1. **Hoja de registro de datos:** (Anexo N°01)

- Nombre del establecimiento
- Nombre del macroproceso evaluado.
- Nombre de los evaluadores.
- Fecha de evaluación.
- Servicio o área involucrada (departamento, servicio, unidad, área u oficina) evaluada.
- Datos y cargos de participantes de la evaluación del servicio o área evaluada.
- Código del estándar.
- Código del criterio evaluado.
- Puntaje obtenido.
- Fuente auditable.
- Técnica utilizada.
- Sustento del puntaje y/o comentarios.
- Firma de los evaluadores y del responsable del servicio o área evaluada.

El puntaje de cada criterio de los estándares del macroproceso deberá ser consensado por el equipo de evaluadores internos responsables del mismo, para lo cual utilizará la escala del 0 al 2.

2. **Hoja de recomendaciones:** (Anexo N° 02)

- Nombre completo del evaluador responsable.
- Fecha de emisión de recomendaciones.
- Unidad orgánica evaluada.
- Datos y cargos de los participantes de la evaluación del servicio o área evaluada.
- Macroproceso evaluado
- Código del estándar.
- Observaciones

- Recomendaciones
- Firma de los evaluadores y del responsable del servicio o área evaluada.

Posterior al llenado de la hoja de Registro de Datos por los evaluadores internos (Anexo N° 01) se procederá a realizar el análisis de las observaciones encontradas y recomendaciones dadas por estos, siendo el llenado de esta segunda ficha responsabilidad del personal de la Unidad de Gestión de la Calidad que acompaña el proceso de autoevaluación (Anexo N° 02).

Para la evaluación de los estándares mencionados, el equipo de Evaluadores Internos del Hospital Regional Moquegua conformado con Resolución Ejecutiva Directoral N° 023-2024-DIRESA-HRM/DE (31.01.2024), utilizará diversas técnicas de verificación y/o evaluación, que permitirán constatar y valorar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación, siendo las técnicas las siguientes:

- **Verificación/Revisión Documentaria:** los evaluadores internos pueden recurrir a los registros, actas e informes emitidos por el departamento o servicio para obtener y analizar la información proporcionada en cumplimiento del criterio evaluado.
- **Observación:** Permite evidenciar la manera como el usuario interno y externo interrelaciona en la práctica, para lo cual se realiza una visualización pasiva a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Esta técnica se utiliza para adquirir información de la fuente directa, con el fin de determinar el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación, se puede dar tanto al usuario interno como externo.
- **Muestreo:** Permite establecer una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizadas o extrapoladas a toda la población.
- **Encuesta:** Permite recoger información y opiniones de los usuarios internos y externos, acerca de las dificultades presentadas para el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditoria:** Evaluación que determina hasta el punto de cumplimiento de un proceso o comportamiento con las normas o criterios preestablecidos para ese proceso.

Una vez terminado el proceso de evaluación la Unidad de Gestión de la Calidad con supervisión del Equipo de Evaluadores Internos deberá realizar el ingreso de la información en el aplicativo "Acreditación del Ministerio de Salud", a fin de obtener el puntaje final del proceso; con dicho resultado se procederá a la elaboración del Informe Técnico de autoevaluación 2024.

La elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación es responsabilidad del evaluador líder y equipo de evaluadores internos, acciones que deben ser monitorizadas por la Unidad de Gestión de la Calidad.

El informe Técnico de Autoevaluación deberá contener la siguiente estructura:

- I. Presentación
- II. Objetivos
- III. Alcance
- IV. Metodología de evaluación
- V. Equipo Evaluador
- VI. Cumplimiento del Plan
- VII. Observaciones
- VIII. Puntaje alcanzado
- IX. Recomendaciones
- X. Anexos

La calificación obtenida determinará si el Hospital Regional de Moquegua está "aprobado" o "desaprobado", en base al puntaje obtenido, siendo el mínimo para la aprobación el 85% de cumplimiento de los estándares de los 21 macroprocesos evaluados.

De no obtener la calificación de "aprobado" en la primera autoevaluación programada, se procederá al seguimiento de las observaciones y recomendaciones propuestas por el equipo auto evaluador, a fin de que sean superadas, y en el segundo proceso de autoevaluación se mejore el puntaje obtenido.

De obtener una puntuación igual o mayor al 85% en el proceso de autoevaluación, la dirección ejecutiva del Hospital Regional Moquegua podrá solicitar la evaluación externa, la cual no deberá ser realizada en un plazo mayor a 12 meses.

Concluido el proceso de evaluación externa el Hospital Regional de Moquegua puede calificar como:

- **Acreditado:** calificación igual o mayor al 85% del cumplimiento de los estándares.
- **No acreditado:** Menos del 85% del cumplimiento de los estándares.

De NO ACREDITAR, se deberá cumplir con los siguientes plazos y procedimientos:

- Puntaje obtenido entre 70% y menos del 85%: se deben subsanar los criterios observados y someter a evaluación externa en un plazo máximo de seis meses.
- Puntaje obtenido entre 50% y menor de 70% de los estándares. Se debe subsanar los criterios observados y someterse nuevamente a evaluación externa en un plazo máximo de nueve meses.
- Puntaje menor a 50% de los estándares. Se debe reiniciar el proceso desde la autoevaluación.

VII. ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Las actividades programadas están en función de los objetivos establecidos:

Objetivo N° 01:

Elaborar la programación de actividades para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación del Hospital Regional Moquegua.

- Aprobación del equipo de evaluadores internos del Hospital Regional Moquegua
- Aprobación del equipo de acreditación del Hospital Regional Moquegua
- Elaboración del Plan de Autoevaluación 2024
- Determinación de equipo de Evaluadores internos responsables de macroprocesos de acuerdo a perfil.
- Aprobación por todo el equipo de evaluadores internos del Plan de autoevaluación 2024
- Aprobación del Plan de autoevaluación a través de acto resolutivo.

Objetivo N° 02:

Fortalecer competencias de los evaluadores internos para la acreditación del Hospital Regional Moquegua según normas técnicas del MINSA.

- Capacitación del equipo de evaluadores internos sobre los estándares de acreditación y normativa para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Revisión del Listado de Estándares de acreditación por criterios de evaluación y fuentes auditables.
- Determinación de técnicas de evaluación de acuerdo a los criterios y estándares de acreditación.

Objetivo N° 03:

Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Regional Moquegua.

- Difusión del proceso de autoevaluación y listado de Estándares de Acreditación.
- Reunión de apertura del proceso de autoevaluación.
- Designación de responsables de la autoevaluación por departamento, servicio, unidad, área u oficina.
- Difusión del plan de autoevaluación
- Comunicación del inicio del proceso de autoevaluación a la Dirección Regional de Salud Moquegua – DIRESA.

Objetivo N° 04: Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditación.

- Revisión de herramientas para la autoevaluación del Hospital Regional Moquegua.
- Aplicación del Listado de estándares de acreditación. (Anexo 03 y Anexo 04)
- Procesamiento de datos y análisis de resultados.

Objetivo N° 05:

Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

- Reunión de cierre del proceso de autoevaluación.
- Elaboración del informe técnico de autoevaluación.
- Socialización del Informe técnico de autoevaluación.

Objetivo N° 06: Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

- Reuniones de seguimiento para cumplimiento de las acciones de la mejora del proceso de autoevaluación.
- Informe de seguimiento de acciones de mejora del proceso de autoevaluación.

VIII. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

El equipo de Autoevaluación Interna del Hospital Regional de Moquegua estará conformado por personal asistencial y administrativo, en un número de trece (13) miembros capacitados y que cumplen con los criterios y valores establecidos, asimismo se designará dentro de sus 13 miembros a un evaluador líder, y para entrar en actividades establecidas estará acreditado mediante acto resolutivo.

El equipo institucional de evaluadores internos (autoevaluación) período 2024, desarrollara sus actividades de acuerdo a los tiempos y horarios establecidos en el cronograma propuesto, para lo cual se entablarán coordinaciones internas con las jefaturas inmediatas de cada uno de los miembros del equipo, a fin que se le brinden las facilidades correspondientes en la programación, ya que esta actividad requiere de tiempo y es de carácter obligatorio para nuestra institución de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA. (Anexo 03 y Anexo 04)

La unidad de Gestión de la Calidad evaluará el cumplimiento del presente plan a través del indicador de eficacia: porcentaje de cumplimiento del plan.

Se presenta la conformación del equipo institucional de evaluadores internos 2024 acreditados con la Resolución Ejecutiva Directoral N° 023-2024-DIRESA-HRM/DE (31.01.2024).

Nombres y Apellidos	Cargo
M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso	Evaluador Líder
Lic. Enf. Evelyn Ruth Fernández Mamani	Secretaria
M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui	Miembro
M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo	Miembro
M.C. Rosa Maria Ramos Saira	Miembro
M.C. José María Dalmecio Rivera Chumbez	Miembro
Lic. Rosario Milagros Flores Romero	Miembro
Lic. Enf. Cynthia Heidy Nates Vilca	Miembro
Lic. Nut. Nelly Marlene Minas Martínez	Miembro
Q.F. Tomy Salazar Suclla	Miembro
Obst. Brigida Bety Ponce Ccallata	Miembro

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8201



Ing. Roberto Gallegos Ordoño	Miembro
C.P.C. Juana Irene Mamani Cuéllar	Miembro

Asimismo, se tiene la Resolución Ejecutiva Directoral N° 016-2023-DIRESA-HRM/DE, que conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Regional de Moquegua para el período 2023 – 2024, integrado por:

N°	INTEGRANTES	CARGO
1	Director Ejecutivo del Hospital Regional de Moquegua	Presidente
2	Jefatura del departamento de consulta externa y hospitalización	Miembro
3	Jefatura del departamento de gineco obstetricia	Miembro
4	Jefatura del departamento de medicina	Miembro
5	Jefatura del departamento de cirugía	Miembro
6	Jefatura del departamento de pediatría	Miembro
7	Jefatura del departamento de emergencia y cuidados críticos	Miembro
8	Jefatura del departamento de anestesiología y centro quirúrgico	Miembro
9	Jefatura del departamento de patología clínica y anatomía patológica	Miembro
10	Jefatura del departamento de diagnóstico por imágenes	Miembro
11	Jefatura del departamento de apoyo al tratamiento	Miembro
12	Jefatura de la oficina de administración	Miembro

MIRTA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17760 - RNE 8701





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



BICENTENARIO PERÚ 2024

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1. Elaborar la programación de actividades para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación del Hospital Regional Moquegua.	Aprobación del equipo de evaluadores internos del Hospital Regional Moquegua	Titular de la identidad Responsable de Acreditación de la UGC	Resolución Ejecutiva directoral	1	x											
	Aprobación del equipo de acreditación del Hospital Regional Moquegua	Titular de la identidad Responsable de Acreditación de la UGC	Resolución Ejecutiva directoral	1	x											
	Elaboración del Plan de Autoevaluación 2024	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Informe	1		x										
	Determinación de equipo de evaluadores internos responsables de macroprocesos de acuerdo a perfil	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Acta Informe	1		x										
	Aprobación por todo el equipo de evaluadores internos del plan de autoevaluación 2024	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Acta Informe	1		x										
	Aprobación del Plan de autoevaluación a través de acto resolutivo	Titular de la identidad Responsable de Acreditación de la UGC	Resolución Ejecutiva Directoral	1		x										
2. Fortalecer competencias de los evaluadores Internos para la acreditación del Hospital Regional Moquegua según normas técnicas del MINSA.	Capacitación del equipo de evaluadores internos sobre los estándares de acreditación y normativa para la acreditación de establecimientos de salud y Servicios médicos de apoyo.	Responsable de Acreditación de la UGC	Informe	1			x									
	Revisión del Listado de Estándares de acreditación por criterios de evaluación y fuentes auditables.	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Acta	1			x									
	Determinación de técnicas de evaluación de acuerdo a los criterios y estándares de acreditación	Equipo de Evaluadores Internos. Responsable de Acreditación de la UGC	Acta	1			x									
3. Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de autoevaluación para la acreditación del	Difusión del proceso de autoevaluación y listado de Estándares de Acreditación.	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos	Acta Informe	1			x									
	Reunión de apertura del proceso de autoevaluación	Responsable de Acreditación de la UGC	Acta Informe	1			x									

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MEDICINA FISIATRA
CMP 17168

Gracia Diana Reynoso Huertas
MÉDICO AUDITOR
CMP. 61979 R.N. 403022

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Hospital Regional Moquegua		Equipo de Evaluadores Internos Responsables de Departamentos/servicios/ Unidades/oficina														
	Designación de responsables de la autoevaluación por departamento, servicio, unidad, área u oficina.	Jefaturas de Departamentos/servicios/ Unidades/oficina	Informe	1		x										
	Difusión del Plan de autoevaluación	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	Acta Informe	1			x									
	Comunicación del inicio del proceso de autoevaluación a la Dirección Regional de Salud Moquegua – DIRESA.	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos	Acta Informe	2			x					x				
4. Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditación.	Revisión de herramientas para la autoevaluación del Hospital Regional Moquegua	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos	Acta	2			x					x				
	Aplicación del listado de estándares de acreditación	Equipo de Evaluadores Internos Personal de la Unidad de Gestión de la Calidad	Hoja de registro de Auto evaluación Hoja de Recomendaciones	56 (21 macroprocesos, hospitalización 4 servicios y apoyo al diagnóstico y tratamiento 5 servicios, 28 por proceso de autoevaluación)				x	x			x	x			
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Aplicativo	2						x				x		
5. Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.	Reunión de cierre del proceso de autoevaluación.	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Acta	2					x					x		
	Elaboración del informe técnico de autoevaluación.	Equipo de Evaluadores Internos	Informe Técnico	2					x					x		

IRTHA ELENA HOLM...
MÉDICO P...
EMP. 17160

Grace Diana Reynoso Huertas
MÉDICO AUDITOR
EMP. 61979 RNA A05032

916



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD



BICENTENARIO PERÚ 2024

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
		Responsable de Acreditación de la UGC														
	Socialización del Informe técnico de autoevaluación.	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC	Acta	2						x				x		
6. Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.	Reuniones de seguimiento para cumplimiento de las acciones de la mejora del proceso de autoevaluación.	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Responsable de Acreditación de la UGC	Actas Informes	56							x	x	x		x	x
	Informe de seguimiento de acciones de mejora del proceso de autoevaluación.	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Responsable de Acreditación de la UGC	Informe	2									x			x

MIRIAM ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701



X. COSTO DEL PLAN. (ANEXO N°05)

COSTO DEL PLAN				
POR CONCEPTO DE REFRIGERIO				
ESPECIFICA DE GASTO	CANTIDAD TOTAL	MONTO TOTAL	META SIAF	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
23.11.11	487	1,217.50	Por determinar	R.O
POR CONCEPTO DE ALMUERZO				
ESPECIFICA DE GASTO	CANTIDAD TOTAL	MONTO TOTAL	META SIAF	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
23.27.11.5	50	750	Por determinar	R.O

Mir
MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701



ANEXO Nº 01

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACION

Establecimiento de Salud: Hospital Regional de Moquegua

Macroproceso: _____

Evaluadores:

1. _____
2. _____

Fecha: _____

Servicios evaluados:

1. _____

Participantes de la evaluación:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Código del Estándar: _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios
DIR1				
DIR1-1				
DIR1-2				
DIR1-3				
DIR1-4				
DIR1-5				
DIR1-6				
DIR1-7				
DIR1-8				
DIR2				
DIR2-1				
DIR2-2				
DIR2-3				

Técnica utilizada:

- a. **Verificación / revisión de documentos:** análisis de registros e informes.
- b. **Observación:** permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica (observa a personas y entorno).
- c. **Entrevista:** permite tomar información de la fuente directa para determinar el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- d. **Muestreo:** permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- e. **Encuesta:** permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- f. **Auditoría:** examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Evaluador interno

Evaluador interno

Unidad orgánica

ANEXO Nº 02

HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluadores:

1. _____
2. _____

Fecha: _____

Servicios evaluados:

1. _____

Macroproceso	Observaciones	Recomendaciones


MIRYTHA ELENA HUERTAS BUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701


Grace Diana Reynoso Huertas
MÉDICO
AUDITOR
CMP. 81979 RNA 105032

Evaluador interno

Evaluador interno

Unidad orgánica

ANEXO N° 03 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - PRIMERA AUTOEVALUACIÓN

Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)	Lunes 8 de abril	Martes 9 de abril	Miércoles 10 de abril	Jueves 11 de abril	Viernes 12 de abril	Lunes 15 de abril	Martes 16 de abril	Miércoles 17 de abril	Jueves 18 de abril	Viernes 19 de abril	Responsable Evaluado
1	Direccionamiento (DIR)	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)	X									Director Ejecutivo
		C.P.C. Juana Irene Mamani Cuellar										
2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)		X								Jefe de la Unidad De Personal
		C.P.C. Juana Irene Mamani Cuellar										
3	Gestión de la Calidad (GCA)	Lic. Evelyn Ruth Fernández Mamani (*)		X								Jefe de la Unidad G. de la Calidad
		Lic. Nelly Marlene Minas Martínez										
4	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*)			X							Jefe de la Unidad G. de la Calidad
		Lic. Brígida Bety Ponce Ccallata										
5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	Lic. Evelyn Ruth Fernández Mamani (*)					X					Responsable del COE
		Q.F. Tomy Salazar Sucle										
6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	M.C. José María Rivera Chumbez (*)						X				Jefe de la Unidad de Seguros
		Q.F. Tomy Salazar Sucle										
7	Atención Ambulatoria (ATA)	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*)							X			Jefe del Dep. de Consulta. Y Hosp.
		M.C. José María Rivera Chumbez										
9	Atención de Hospitalización (ATH)	Departamento de Pediatría								X		Jefe del Dep. de Pediatría
	Departamento de Medicina	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)						X				Jefe del Dep. de Medicina

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 17360 - RNE 8701



Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)		Lunes 8 de abril	Martes 9 de abril	Miércoles 10 de abril	Jueves 11 de abril	Viernes 12 de abril	Lunes 15 de abril	Martes 16 de abril	Miércoles 17 de abril	Jueves 18 de abril	Viernes 19 de abril	Responsable Evaluado
	Departamento de Cirugía	M.C. José María Rivera Chumbez (*) Lic. Rosario Milagros Flores Romero				X							Jefe del Dep. de Cirugía
	Departamento de Gineco- Obstetricia	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*) Lic. Rosario Milagros Flores Romero							X				Jefe del Dep. de Gineco-Obstetricia
10	Atención de Emergencia (EMG)	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*) Lic. Nelly Marlene Minas Martínez										X	Jefe del Servicio De Emergencia
11	Atención Quirúrgica (ATQ)	M.C. Rosa María Ramos Saira (*) M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui					X						Jefe del servicio Sala de Operaciones
12	Docencia e Investigación (DIV)	Lic. Rosario Milagros Flores Romero (*) Lic. Nelly Marlene Minas Martínez	X										U. de Apoyo a la Docencia e Invest.
13	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	Servicio de Anatomía Patológica	M.C. Rosa María Ramos Saira (*) M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso		X								Jefe del Servicio de Anatomía Patológica
		Servicio de Laboratorio	M.C. Rosa María Ramos Saira (*) M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo			X							
			M.C. Rosa María Ramos Saira (*)			X							

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 17460 - RNE 8701



Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)		Lunes 8 de abril	Martes 9 de abril	Miércoles 10 de abril	Jueves 11 de abril	Viernes 12 de abril	Lunes 15 de abril	Martes 16 de abril	Miércoles 17 de abril	Jueves 18 de abril	Viernes 19 de abril	Responsable Evaluado
	Departamento de Diagnostico por Imágenes	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo											Diagnostico por Imágenes
	Área de Banco de Sangre	M.C. Rosa María Ramos Saira (*)											Responsable de Banco de Sangre
		M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo			X								
Servicio de Psicología	M.C. Rosa María Ramos Saira (*)												Jefe del Servicio de Psicología
	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo			X									
14	Admisión y Alta (ADA)	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo (*)										X	Jefe del Dep. de Consulta externa
		Lic. Cynthia Heidy Nates Vilca											
15	Referencia y Contra referencia (RCR)	Q.F. Tomy Salazar Sucle (*)										X	Responsable de Referencias y contra referencias
		Lic. Brígida Bety Ponce Ccallata											
16	Gestión de Medicamentos (GMD)	Lic. Evelyn Ruth Fernández Mamani (*)											Jefe del Servicio De Farmacia
		M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo				X							
17	Gestión de la Información (GIN)	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)											Jefe de la Unidad de Estadística e Informática
		Ing. Roberto Gallegos Ordoño										X	
18	Descontaminación, Limpieza, desinfección y Esterilización	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo (*)											Unidad de Epidemiología y Salud ambiental
		Ing. Roberto Gallegos Ordoño							X				

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
C.M.P. 17160 - RNE 8701

Gracie Diana Reyes (DSE)
V.B. MEDICO AUDITOR
C.M.P. 61979 RNA A23092

Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)	Lunes 8 de abril	Martes 9 de abril	Miércoles 10 de abril	Jueves 11 de abril	Viernes 12 de abril	Lunes 15 de abril	Martes 16 de abril	Miércoles 17 de abril	Jueves 18 de abril	Viernes 19 de abril	Responsable Evaluado
19 Manejo del Riesgo Social (MRS)	Lic. Brígida Bety Ponce Ccallata (*)								X			Jefe del servicio Social
	Lic. Cynthia Heidy Nates Vilca											
20 Nutrición y Dietética (NYD)	M.C. Rosa María Ramos Saira (*)									X		Jefe del Servicio De Nutrición
	Lic. Rosario Milagros Flores Romero											
21 Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	C.P.C. Juana Irene Mamani Cuellar (*)						X					Jefe de la Unidad De Logística
	Ing. Roberto Gallegos Ordoño											
22 Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	M.C. José María Rivera Chumbez (*)						X					Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
	Ing. Roberto Gallegos Ordoño											

(*) Miembro responsable del equipo por macroproceso

MIRTA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701

Grace Diana Reynoso Huertas
MÉDICO AUDITOR
CMP. 1979 RNA A05832

ANEXO N° 04 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - SEGUNDA AUTOEVALUACIÓN

Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)	Lunes 19 de agosto	Martes 20 de agosto	Miércoles 21 de agosto	Jueves 22 de agosto	Viernes 23 de agosto	Lunes 26 de agosto	Martes 27 de agosto	Miércoles 28 de agosto	Jueves 29 de agosto	Martes 03 de setiembre	Responsable Evaluado
1	Direccionamiento (DIR)	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)	X									Director Ejecutivo
		C.P.C. Juana Irene Mamani Cuellar										
2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)		X								Jefe de la Unidad De Personal
		C.P.C. Juana Irene Mamani Cuellar										
3	Gestión de la Calidad (GCA)	Lic. Evelyn Ruth Fernández Mamani (*)		X								Jefe de la Unidad G. de la Calidad
		Lic. Nelly Marlene Minas Martínez										
4	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*)			X							Jefe de la Unidad G. de la Calidad
		Lic. Brígida Bety Ponce Ccallata										
5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	Lic. Evelyn Ruth Fernández Mamani (*)					X					Responsable del COE
		Q.F. Tomy Salazar Sucle										
6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	M.C. José María Rivera Chumbez (*)						X				Jefe de la Unidad de Seguros
		Q.F. Tomy Salazar Sucle										
7	Atención Ambulatoria (ATA)	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*)							X			Jefe del Dep. de Consulta. Y Hosp.
		M.C. José María Rivera Chumbez										
9	Atención de Hospitalización (ATH)	Departamento de Pediatría	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*)							X		Jefe del Dep. de Pediatría
			M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo									
		Departamento de Medicina	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)				X					Jefe del Dep. de Medicina

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
C.M.S. 17340 - RNE 8701



Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Martes 03 de	Responsable Evaluado
			19 de agosto	20 de agosto	21 de agosto	22 de agosto	23 de agosto	26 de agosto	27 de agosto	28 de agosto	29 de agosto	setiembre	
		Lic. Rosario Milagros Flores Romero											
	Departamento de Cirugía	M.C. José María Rivera Chumbez (*)											Jefe del Dep. de Cirugía
		Lic. Rosario Milagros Flores Romero				X							
	Departamento de Gineco- Obstetricia	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)											Jefe del Dep. de Gineco-Obstetricia
		Lic. Rosario Milagros Flores Romero						X					
10	Atención de Emergencia (EMG)	M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui (*)										X	Jefe del Servicio De Emergencia
		Lic. Nelly Marlene Minas Martínez											
11	Atención Quirúrgica (ATQ)	M.C. Rosa María Ramos Saira (*)											Jefe del servicio Sala de Operaciones
		M.C. Mara Berlinda Vera Yanqui					X						
12	Docencia e Investigación (DIV)	Lic. Rosario Milagros Flores Romero (*)											U. de Apoyo a la Docencia e Invest.
		Lic. Nelly Marlene Minas Martínez	X										
13	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	Servicio de Anatomía Patológica											Jefe del Servicio de Anatomía Patológica
			M.C. Rosa María Ramos Saira (*)		X								
		Servicio de Laboratorio			X								Jefe del Servicio de Laboratorio

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
MP. 17460 - RNE 8701



Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Martes	Responsable Evaluado
		19 de agosto	20 de agosto	21 de agosto	22 de agosto	23 de agosto	26 de agosto	27 de agosto	28 de agosto	29 de agosto	03 de setiembre	
	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo											
	Departamento de Diagnostico por Imágenes											Jefe del Departamento de Diagnostico por Imágenes
	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo			X								
	Área de Banco de Sangre											Responsable de Banco de Sangre
	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo			X								
	Servicio de Psicología											Jefe del Servicio de Psicología
M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo			X									
14 Admisión y Alta (ADA)	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo (*)										X	Jefe del Dep. de Consulta externa
Lic. Cynthia Heidy Nates Vilca												
15 Referencia y Contra referencia (RCR)	Q.F. Tomy Salazar Sucle (*)											Responsable de Referencias y contra referencias
Lic. Brígida Bety Ponce Ccallata									X			
16 Gestión de Medicamentos (GMD)	Lic. Evelyn Ruth Fernández Mamani (*)											Jefe del Servicio De Farmacia
M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo					X							
17 Gestión de la Información (GIN)	M.C. Mirtha Elena Huertas de Reynoso (*)											Jefe de la Unidad de
Ing. Roberto Gallegos Ordoño											X	

MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17160 - RNE 8701



Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Internos (*)	Lunes 19 de agosto	Martes 20 de agosto	Miércoles 21 de agosto	Jueves 22 de agosto	Viernes 23 de agosto	Lunes 26 de agosto	Martes 27 de agosto	Miércoles 28 de agosto	Jueves 29 de agosto	Martes 03 de septiembre	Responsable Evaluado
												Estadística e Informática
18	Descontaminación, Limpieza, desinfección y Esterilización (DLDE)	M.C. Katherine Lizbeth Valcárcel Angulo (*)	Ing. Roberto Gallegos Ordoño					X				Unidad de Epidemiología y Salud ambiental
19	Manejo del Riesgo Social (MRS)	Lic. Brígida Bety Ponce Ccallata (*)	Lic. Cynthia Heidy Nates Vilca						X			Jefe del servicio Social
20	Nutrición y Dietética (NYD)	M.C. Rosa María Ramos Saira (*)	Lic. Rosario Milagros Flores Romero							X		Jefe del Servicio De Nutrición
21	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	C.P.C. Juana Irene Mamani Cuellar (*)	Ing. Roberto Gallegos Ordoño				X					Jefe de la Unidad De Logística
22	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	M.C. José María Rivera Chumbez (*)	Ing. Roberto Gallegos Ordoño				X					Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento

(*) Miembro responsable del equipo por macroproceso



MIRTHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17460 - RNE 8701

**ANEXO N° 05
PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES**

Estructura Programática Operativa					Estructura Programática del Presupuesto					
Objetivo General del Plan: Desarrollar el proceso de Autoevaluación para cuantificar el cumplimiento del listado de los estándares y criterios de evaluación para la acreditación del Hospital Regional Moquegua.										
PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL S/.					
Objetivos Específicos	Actividad	Unidad de Medida	Periodo	Meta Física Anual	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Genérica de Gasto	Presupuesto	Responsable
Elaborar la programación de actividades para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación del Hospital Regional Moquegua.	Aprobación del equipo de evaluadores internos del Hospital Regional Moquegua	Resolución Ejecutiva directoral	Anual	1	-	-	-	-	-	Titular de la identidad Responsable de Acreditación de la UGC
	Aprobación del equipo de acreditación del Hospital Regional Moquegua	Resolución Ejecutiva directoral	Anual	1	-	-	-	-	-	Titular de la identidad Responsable de Acreditación de la UGC
	Elaboración del Plan de Autoevaluación 2024	Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
	Determinación del equipo de Evaluadores interno responsables de macroprocesos de acuerdo a perfil.	Acta Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
	Aprobación por todo el equipo de evaluadores internos del Plan de autoevaluación 2024	Acta Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
	Aprobación del Plan de autoevaluación	Resolución Ejecutiva directoral	Anual	1	-	-	-	-	-	Titular de la identidad Responsable de Acreditación de la UGC

MARINA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO P. DIATRA
CMP. 17360 RNE 8701

Grace Diana Reynoso Huertas
MÉDICO AUDITOR
CMP. 61979 RNE A05032

	a través de acto resolutivo									
Fortalecer competencias de los evaluadores Internos para la acreditación del Hospital Regional Moquegua según normas técnicas del MINSA.	Capacitación del equipo de Evaluadores internos sobre los estándares de acreditación y normativa para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo.	Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Responsable de Acreditación de la UGC
	Revisión del Listado de Estándares de acreditación por criterios de evaluación y fuentes auditables.	Acta	Anual	1	-	-	-	-	-	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
	Determinación de técnicas de evaluación de acuerdo a los criterios y estándares de acreditación.	Acta	Anual	1	9002	Sin producto	5002025.Gestión de la Calidad	23.11.11	S/. 32.50	Equipo de Evaluadores Internos. Responsable de Acreditación de la UGC
*Nota: Se hará entrega de refrigerio (Agua y galleta) durante la reunión a cada participante que acompañe su realización para el cumplimiento de las actividades. Siendo un total de 13 personas por Reunión realizada.										
Difundir y sensibilizar al personal asistencial y administrativo sobre la importancia del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital	Difusión del proceso de autoevaluación y listado de Estándares de Acreditación.	Acta Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos
	Reunión de apertura del proceso de Autoevaluación.	Acta Informe	Anual	1	9002	Sin producto	5002025.Gestión de la Calidad	23.11.11	S/. 32.50	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos Responsables de Departamentos/servicios/ Unidades/oficina

MARITZA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
RNE 8701
CMP. 17360

Grace Diana Reynoso
MÉDICO
AUDITOR
CMP. 61979 RNE 8701

Regional Moquegua	*Nota: Se hará entrega de refrigerio (Agua y galleta) durante la reunión a cada participante que acompañe su realización para el cumplimiento de las actividades. Siendo un total de 13 personas por Reunión realizada.									
	Designación de responsables de la autoevaluación por departamento, servicio, unidad, área u oficina.	Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Jefaturas de Departamentos/servicios/ Unidades/oficina
	Difusión del Plan de autoevaluación	Acta Informe	Anual	1	-	-	-	-	-	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad
	Comunicación del inicio del proceso de autoevaluación a la dirección Regional de salud Moquegua	Acta Informe	Anual	2	-	-	-	-	-	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos
Verificar el nivel de cumplimiento de los criterios del listado de estándares de evaluación de los diferentes macroprocesos de acreditación.	Revisión de herramientas para la autoevaluación del Hospital Regional Moquegua	Acta	Anual	2	9002	Sin producto	5002025.Gestión de la Calidad	23.11.11	S/. 32.50	Responsable de Acreditación de la UGC Equipo de Evaluadores Internos
	*Nota: Se hará entrega de refrigerio (Agua y galleta) durante la reunión a cada participante que acompañe su realización para el cumplimiento de las actividades. Siendo un total de 13 personas por Reunión realizada.									
	Aplicación del Listado de estándares de acreditación	Hoja de registro de Auto evaluación Hoja de Recomendaciones	Anual	56 (21 macroprocesos, hospitalización 4 servicios y apoyo al diagnóstico y tratamiento 5 servicios, 28 por proceso de autoevaluación)	9002	Sin producto	5002025.Gestión de la Calidad	23.11.11	S/. 1,120.00	Equipo de Evaluadores Internos Personal de la Unidad de Gestión de la Calidad
	*Nota: Se hará entrega de refrigerio (Agua y galleta) durante cada evaluación realizada a los evaluadores y personal responsable y acompañante del departamento, servicio, área, oficina y/o Unidad. Siendo un total de 08 personas por Autoevaluación realizada.									
	Procesamiento de datos y análisis de resultados.	Aplicativo	Anual	2	-	-	-	-	-	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC

MIRTHA ELENA HUERTAS
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17360 - RNE 8701

Gracia Diana Reynoso Huertas
MÉDICO AUDITOR
CMP. 61979 RNA A09032

Desarrollar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.	Reunión de cierre del proceso de autoevaluación.	Acta	Anual	2						Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
	Elaboración del informe técnico de autoevaluación	Informe Técnico	Anual	2	-	-	-	-	-	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
	Socialización del Informe técnico de Autoevaluación.	Acta	Anual	2	9002	Sin producto	5002025.Gestión de la Calidad	23.27.11.5	S/. 750.00	Equipo de Evaluadores Internos Responsable de Acreditación de la UGC
*Nota: Socialización realizada en reunión con las Jefaturas de departamentos, servicios, unidades y oficinas para lo cual se hará entrega de Almuerzo (Sándwich y jugo natural). Siendo un total de 25 jefaturas, actividad que se desarrollará 02 veces en el año.										
Realizar el seguimiento de las acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación	Reuniones de seguimiento para cumplimiento de las acciones de la mejora del proceso de autoevaluación.	Actas Informes	Anual	56	-	-	-	-	-	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Responsable de Acreditación de la UGC
	Informe de seguimiento de acciones de mejora del proceso de autoevaluación.	Informe	Anual	2	-	-	-	-	-	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Responsable de Acreditación de la UGC

AMPAHA ELENA HUERTAS FUENTES
MÉDICO PEDIATRA
CMP. 17760 - RNE 8701

