



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DIRECCION GENERAL



Nº 249 -DG/HHV-2013

Resolución Directoral

Santa Anita, 18 de Diciembre de 2013

Visto el Informe Nº 017-OGC-HHV-2013 sobre la aprobación del Plan de Evaluación Interna en el marco de la Acreditación de establecimientos de Salud 2013 del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo de 2006 se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir al fortalecimiento de los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, que buscan la satisfacción de los usuarios;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA y Nº 777-2007/MINSA, se aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Informe Nº 017-OGC-HHV-2013, la Oficina de Gestión de la Calidad, presenta a la Dirección General, nueve (9) Documentos Técnicos, entre uno de ellos, está "El Plan de Evaluación Interna en el marco de la acreditación de establecimientos de salud 2013 del Hospital Hermilio Valdizán", consistente en 16 folios, en el cual se intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por un equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua de la calidad de servicios, siendo uno de sus objetivos específicos establecer las brechas de los criterios evaluados en los Macro Procesos, para plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad, para cuyo efecto es pertinente su aprobación mediante la emisión del acto resolutorio respectivo;

En uso de las facultades conferidas por el Art. 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Documento denominado: "PLAN DE EVALUACION INTERNA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2013 DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN", el mismo que consta de 16 folios, que en documento adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento, el mismo que informará periódicamente a la Dirección General sobre el desarrollo del referido Plan.





MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
DIRECCION GENERAL



Nº 249 -DG/HHV-2013



Resolución Directoral

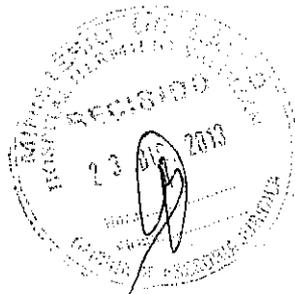
Santa Anita, 18 de Diciembre de 2013



Artículo 3º.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, publique el referido Documento Técnico en el portal institucional de la Pág. Web.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dra. Arnelia Arias Albino
Directora General
C.M.P. 12667 RNE 4326



G. Calidad.

Patricia B.
Distribución:
OGC
OCI
INFORMÁTICA
OAJ
FILE RESOLUCIONES X-2013



PERÚ

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN

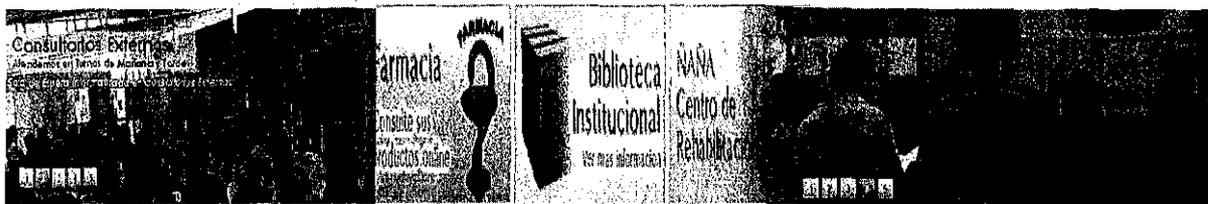
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Oficina de Gestión de la Calidad

PLAN DE EVALUACION INTERNA EN EL MARCO DE LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2013

**EQUIPO DE
ACREDITACION
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
(RD. N° 058-DG/HHV-2012)**

LIMA - PERU





HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACION (R.D. N° 058-DG/HHV-2012)

Dr. Carlos Ordóñez Huamán

Dr. Manuel Catacora Villasante

Lic. Mariela Blanco Tercero

Lic. Lourdes Revilla Carbajal

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (R.D. N° 141-DG/HHV-2012)

Dr. Jorge De La Vega Razuri

Lic. Luis Rafael Pineda Gallardo

Dr. Mario Yoshiyama Miyagusuku

Dra. Edith Chero Campos

Lic. Miriam Chong Pérez

Lic. Daniel Samaniego Berrocal

Lic. José Loconi García

Sr. Alayen Sauñe Muñoz

Sra. Alicia Sáenz Arzola

Sra. Carmen Yallico Castañeda

Dra. Marlene Barreda Torres

Ing. Pedro Quispe Sotomayor

Sr. Luis Mestre Rojas

Lic. Lourdes Curi Richter



Contenido

Presentación

Introducción

Finalidad

Objetivos

Alcance

Base Legal

Metodología de Evaluación

Responsabilidades de un Evaluador

Perfil de Competencias de un Evaluador Interno

Anexos

1. Hoja de Registro para Autoevaluación
2. Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación
3. Hoja de Registro de Recomendaciones
4. Matriz de Selección
5. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación





PRESENTACIÓN

La Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Salud del Ministerio de Salud, promueve que es un derecho como condición indispensable del desarrollo humano acceder a un servicio de salud de calidad en todos los establecimientos del sector a nivel nacional, en ese sentido, consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Debemos ser conscientes que, mejorar la calidad de un servicio no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo, en ese sentido el presente Plan de Evaluación Interna en el Marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por un equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Las actividades previstas en el presente Plan de Evaluación Interna, han sido programadas con el propósito, en primer término de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios y en segundo término fortalecer los procesos actuales.

Finalmente, los aspectos registrados y valorados serán informados a la máxima autoridad institucional y socializados con los miembros de los evaluadores internos para promover la toma de decisiones más adecuados.

Equipo de Acreditación del HHV



I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Hermilio Valdizan necesita herramientas que le permitan fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad de los procesos de gestión de la calidad, la acreditación es una de las herramientas que permite obtener un compromiso claro de la organización para mejorar la calidad de atención al usuario garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos de Salud con un enfoque humano y social.

La Acreditación es un proceso por el cual la entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de la atención, considera macro procesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad los que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención de salud.

El PLAN DE AUTOEVALUACION en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, se elaboró en forma conjunta con los integrantes del Equipo de Evaluadores internos, quienes apoyaran a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macro procesos, para promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud.

II.- JUSTIFICACION:

El Plan de Autoevaluación previsto para el periodo 2013, está enmarcado dentro de los procesos a cumplir para la Acreditación del Hospital Hermilio Valdizan Nivel III-1 entendida la acreditación como los procedimientos de evaluación periódico de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud. En los últimos 4 años y a nivel del Sector Salud, la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, ha tomado un nuevo rumbo con la incorporación de la metodología y mejora de los instrumentos.

III.- OBJETIVOS GENERAL:

Facilitar instrumentos y metodologías para uniformizar los procedimientos en el proceso de autoevaluación interna en el Hospital Hermilio Valdizan.

IV.- OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Fijar una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de Acreditación en el HHV.
- Establecer las brechas de los criterios evaluados en los Macro Procesos, para plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.



V.- ALCANCES:

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las unidades orgánicas que constituye el Hospital Herminio Valdizán

VI.- BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – ley General de Salud
- Revolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, del 04 de junio 2007, 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”
- R.M. N° 914 -2010/MINSA aprobó la técnica 021 –MINSA/DGSPv.02 “categoría de establecimiento del sector salud
- Resolución Directoral N 208DG-HHV-2009 -Comité de Acreditación del Hospital Herminio Valdizán.
- Resolución Directoral N° 066-DG/HHV-2010 Se oficializa el Equipo de Evaluadores internos.
- Listado de estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría 1-1 hasta el III-1 y servicios medios de apoyo dependiendo del nivel de categorización
- Resolución Ministerial N° 270-2009/Minsa que aprueba La guía Técnica del evaluador para la acreditación del establecimiento de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Categoría III-1 Resolución Directoral N° 0775-2010-DISA IV L.E. DG-DESP-DSS-OAJ

VII.- ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Las estrategias para implementar el plan de Auto Evaluación son los siguientes:

1. Decisión de la Alta Dirección.
2. Selección de los evaluadores internos.
3. Capacitación de los evaluadores internos
4. Aplicación de la primera auto evaluación
5. Diseño y despliegue de las acciones de mejoramiento continuo.
6. Aplicación de la segunda y/o siguientes evaluaciones.



VIII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La acreditación es un mecanismo de gestión y evaluación de la calidad de los servicios de salud, y que va dirigida a comprobar si una entidad prestadora cumple con estándares superiores que brindan seguridad en la atención en salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

En ese contexto, con el propósito de cumplir con la metodología de trabajo se ha establecido las siguientes fases:



1. Autoevaluación.

Es la fase de inicio del proceso, está a cargo del equipo de evaluadores internos, el cual se conforma tomando en cuenta los perfiles y la naturaleza de labor que vienen desarrollando en el Hospital.

Esta fase se ejecutará mínimo una vez al año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

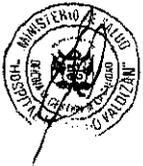
2. Evaluación Externa.

Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos seleccionados por la Comisión del Ministerio de Salud y la Dirección de Calidad en Salud.

La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

Las técnicas utilizadas para la Autoevaluación (1) son:

- a. **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.
- b. **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- c. **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de 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 preestablecido



IX. RESPONSABILIDADES DEL EVALUADOR INTERNO

- Haber recibido capacitación como evaluador interno en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud.
- Tener solvencia moral y reconocimiento institucional que garantice su desenvolvimiento individual con autonomía, imparcialidad y evitar el conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Permanecer siempre dentro del alcance y objetivos de la evaluación para así mejorar las técnicas de evaluación a elegir.



- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar recomendaciones idóneas.
- Documentar sus observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Recomendar mejoras que respondan a metodologías probadas de mejoramiento continuo.
- Comunicar inquietudes a los evaluados de una manera respetuosa, proactiva y clara.

X. CRONOGRAMA GENERAL DE AUTO EVALUACION INTERNA 2013.

actividades	May	Jun	Jul.	Ago	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Sensibilización y difusión a los integrantes de la comisión y al personal de salud en temas de autoevaluación y acreditación	x	x						
Proceso de selección de los evaluadores internos entre el personal del hospital		x	x					
Capacitación de los evaluadores internos			x	x				
Aplicación de la primera autoevaluación oficial en el hospital				x				
Procesamiento y análisis de la información					x			
Elaboración del informe						x		
Diseño de las acciones de mejoramiento continuo para que se apliquen y se operativice a nivel de los servicios						x	x	x





Cronograma de Actividades por macroproceso de la Autoevaluación – Año 2013

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	JUNIO A JULIO 2013							AGOSTO – SETIEMBRE 2013										
		11	19	20	21	11	15	17	Del 01 de AGOSTO al 20 de SET.										
nálisis final del listado de estándares de acreditación																			
Reunión de Equipo evaluador para la aprobación del plan y designación de evaluadores líderes.																			
presentación del Plan –Direc. General y Eq. de Gest																			
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para socializar los contenidos y designación de responsables por cada macroproceso.																			
MACROPROCESOS																			
Direccionamiento																			
Gestión de recursos humanos																			
Gestión de la calidad																			
Manejo del riesgo de la atención																			
Gestión de seguridad ante desastres																			
Control de la gestión y prestación																			
Atención ambulatoria																			
Atención de hospitalización																			
Atención de emergencia																			
Atención quirúrgica																			
Investigación																			
Enseñanza																			
Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado																			
Admisión y alta																			
Desarrollo de Servicios																			
Gestión de medicamentos																			
Gestión de la información																			
Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización																			
Manejo del riesgo social																			
Manejo de nutrición de pacientes																			
Gestión de insumos y materiales																			
Gestión de equipos e infraestructura																			
Procesamiento de Datos																			
Análisis de Datos																			
Formulación de Informe final																			
Entrega de Informe Técnico del Equipo Evaluador																			
Socialización del Informe con los evaluadores internos																			





XI.- ACTIVIDADES:

Objetivo Específico 1: Fijar una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de Acreditación en el HHV.

- ✓ Actividad 1: Charlas de sensibilización y difusión a los integrantes de la comisión y al personal del Hospital información sobre Auto evaluación y Acreditación.
- ✓ Actividad 2: Proceso de selección de los evaluadores internos entre el Personal del hospital.
- ✓ Actividad 3: Capacitación de los evaluadores internos

Objetivo Específico 2: Establecer las brechas de los criterios evaluados en los Macro Procesos, para plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.

- ✓ Actividad 1: Aplicación de la primera Auto evaluación en el Hospital
- ✓ Actividad 2: Procesamiento y análisis de la información
- ✓ Actividad 3: Elaboración de informe.

XII. BIBLIOGRAFIA:

Norma Técnica N° 050, Acreditación de los Establecimientos de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud del Perú - 2006.





ANEXOS



DISTRIBUCION DE EQUIPOS EVALUADORES INTERNOS POR CADA MACROPROCESO

Nº	Macro procesos	Estándares	Evaluador Líder	Firma
1	Direccionamiento	DIR-1	Lic. Rafael Pineda	
		DIR-2		
2	Gestión de Recursos Humanos	GRH-1	Sr. Isaías Cabello	
		GRH-2		
		GRH-3		
		GRH-4		
3	Gestión de la calidad	GCA-1	Lic. Miriam Chong Pérez	
		GCA-2		
		GCA-3		
4	Manejo del riesgo de la atención	MRA-1	Lic. Daniel Samaniego	
		MRA-2		
		MRA-3		
		MRA-4		
		MRA-5		
		MRA-6		
		MRA-7		
		MRA-8		
5	Gestión de seguridad ante desastres	GSD-1	Lic. José Loconi García	
		GSD-2		
		GSD-3		
6	Control de la gestión y prestación	CGP-1	Lic. Lourdes Curí Ritcher	
		CGP-2		
7	Atención ambulatoria	ATA-1	Dra. Edith Chero	
		ATA-2		
		ATA-3 (ATA3-1,ATA3-2,ATA 3-6)		
		ATA-4		
8	Atención de hospitalización	ATH-1	Dr. Ricardo Neyra	
		ATH-2		
		ATH-3		
		ATH-4		
		ATH-5		
		ATH-6		
		ATH-7		



9	Atención de emergencia	EMG-1	Dr. Jorge de la Vega	
		EMG-2		
		EMG-3		
10	Docencia e Investigación	DIV-1	Dr. Mario Yoshiyama	
		DIV-2		
11	Atención de apoyo al diagnóstico y tratamiento especializado	ADT-1	Sra. Matilde Shardin	
		ADT-2		
		ADT-3		
12	Admisión y alta	ADA-1	Sra. Alicia Sáenz	
		ADA-2		
		ADA-3		
		ADA-4		
13	Referencia y Contra referencia	RCR-1	Lic. Ana Calderón	
		RCR-2		
		RCR-3		
14	Gestión de medicamentos	GMD-1	Dra. Marlene Barreda	
		GMD-2		
		GMD-3		
15	Gestión de la información	GIN-1	Ing. Pedro Quispe	
		GIN-2		
		GIN-2		
16	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	OLDE-1	Sr. Luis Maestre Rojas	
		OLDE-2		
		OLDE-3		
		OLDE-4		
17	Manejo del riesgo social	MRS-1	Lic. Lourdes Curi	
		MRS-2		
18	Nutrición y dietética	NYD-1	Lic. Lucy Shradin	
		NYD-2		
19	Gestión de insumos y materiales	GIM-1	Sra. Carmen Yalico	
		GIM-2		
20	Gestión de equipos e infraestructura	EIF-1	Sr. Alayan Saufe	
		EIF-2		



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMINIO VALDEZ
DR. RAUL GUTIERREZ ABRESU
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.M.P. 16376 P.O. Box 19813