

## Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Junio del 2015

Visto el Memorando Nº 229/OGC-HHV/2015 y Expediente Nº 15MP-04844-00, sobre aprobación del Plan de Autoevaluación 2015, 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, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 2007, se aprobó 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, la citada Resolución, establece que el proceso de acreditación comprende dos fases: La Autoevaluación y la Evaluación Externa, precisándose que la Autoevaluación, se realiza con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 270-2009/MINSA, de fecha 23 de abril del 2009, se aprobó la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, mediante Memorando Nº 229/OGC-HHV/2015, de fecha 11 de junio del 2015, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación del "Plan de Autoevaluación 2015, del Hospital Hermilio Valdizán", que consta de 14 folios;

Que, el acotado Plan presenta como objetivo general, promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud - Hospital Hermilio Valdizán, y entre sus objetivos específicos, establecer la programación de actividades para la autoevaluación de los macro procesos en el Hospital; determinar las brechas de los criterios evaluados para la autoevaluación de los macro procesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad; así como, valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación; por cuyas consideraciones resulta necesario emitir el respectivo acto resolutivo;

Que, el equipo de evaluadores internos del Hospital, está conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de verificar la fuente de información por cada criterio de cada macro proceso para luego analizar, valorar y recomendar la implementación de las mejoras en función a los nudos críticos detectados;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 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





MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
DIRECCION GENERAL



Nº 150-DG/HHV-2015

# Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Junio del 2015

la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Asesoría Jurídica y Sub Dirección General del Hospital;

## SE RESUELVE:

**Artículo 1º.-** Aprobar el Documento denominado "Plan de Autoevaluación 2015, del Hospital Hermilio Valdizán", el mismo que consta de 14 folios, y 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; debiendo informar periódicamente a la Dirección General sobre el desarrollo del referido Plan.

**Artículo 3º.-** Disponer a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución conjuntamente con el referido Documento en la página Web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese;

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
Dra. *Amelia Arias Albiño*  
Directora General (e)  
C.M.P. 12667 RNE 4326



AAA/NSC/P Ríos

Distribución:  
SDG  
OGC  
OEA  
OCI  
INFORMATICA  
OAJ  
INTERESADOS

FILE RESOLUCIONES VIII-2015



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

# HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

## Oficina de Gestión de la Calidad

### PLAN DE AUTOEVALUACION 2015 HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN



**COMITÉ DE EVALUADORES INTERNOS  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
(RD. N° 100 -DG/HHV-2015)**

**LIMA – PERU**

# HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

## MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACION (R.D. N° 241-DG/HHV-2014)

Dr. Carlos Ordoñez Huamán

Dra. Rosario Alcocer Casimiro

Dr. Carlos Chávez Ascón

Lic. Ana Calderón Albinagorta

## EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (R.D. N° 100-DG/HHV-2015)

Dr. Jorge De La Vega Razuri

Dr. Mario Yoshiyama Miyagusuku

Dra. Edith Chero Campos

Lic. Luis Rafael Pineda Gallardo

Lic. Miriam Chong Pérez

Lic. Daniel Samaniego Berrocal

Lic. José Loconi García

Sr. Alayen Sauñe Muñoz

Dr. Jorge Reyes Saberbein

Tab. Violeta Valiente Caro

Dr. Raul Palian Pucumucha

Lic. Maria Sihuay Maravi

Lic. Roberto Santisteban Pineda

Lic. Yoisi Ochoa Osorio

Dra. Kelly Almendras Jaramillo

Ps. Paul Brocca Alvarado

Dr. Lizardo Rodríguez Villacres

Ps. Alicia Belletti de Bellido

Bach. Ruth Duran Gutiérrez

Bach. Colon Flores Castillo

Lic. Maria Huarachi Torres

Dra. Barreda Estrada Ivanna

Lic. Lina Villegas Ccatamayo

Lic. Soledad Serpa Reyes

Dr. Jorge Calderon Martini

Lic. Roxana Llata Janampa

Tab. Arturo Espinoza Eulogio

Lic. Juan Ramirez Bravo



## 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

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, promueve que los establecimientos de salud impulsen al fortalecimiento de los servicios de salud de calidad, en ese contexto; asumimos la responsabilidad de seguir contribuyendo al mejoramiento y fortalecimiento de la calidad de servicios en salud mental, desarrollando procesos y procedimientos para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Mejorar la calidad de un servicio no es una acción del momento, es un proceso permanente que requiere del compromiso de sus integrantes, esta decisión de cambio se hará sostenible en el tiempo toda vez que todos los usuarios internos nos comprometamos a seguir forjando un servicio de salud mental accesible, equitativo y de calidad.

El presente Plan de Evaluación Interna en el Marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, establece un cronograma de actividades a desarrollar para lo cual la participación de los evaluadores internos en la ejecución será fundamental, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar y valorar los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para recomendar las mejoras y toma de decisiones que permita traducir en proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Finalmente, la información encontrada en las diferentes instancias se constituirán en fuentes de verificación y valoradas para emitir el informe final de Autoevaluación, el mismo que será dirigido al titular de la entidad para su conocimiento y toma de decisiones, posteriormente serán socializadas con los trabajadores del Hospital Hermilio Valdizán a fin de impulsar mayor involucramiento y compromiso en el quehacer diario.

Equipo de Evaluadores Internos del HHV



## I. INTRODUCCIÓN

El presente plan de autoevaluación para el presente año del Hospital Hermilio Valdizán, se formula en el marco de la normatividad de Acreditación de los Establecimientos de Salud, cuyo contenido fue aprobado por consenso por los integrantes del Equipo de Evaluadores internos quienes apoyaran a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados en los Macro procesos y así promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud.

Es indispensable impulsar herramientas de calidad para fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad en el desarrollo eficiente de los procesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo a nivel hospital, el compromiso de la organización debe ser permanente para mejorar la calidad de servicio en un entorno seguro con un enfoque humano y social.

Es pertinente señalar que la acreditación consta de 2 fases, autoevaluación y evaluación externa, para nuestro Hospital es prioridad ejecutar el Plan de Autoevaluación que nos permita detectar los nudos críticos para revertir y someterse de ser necesario a una segunda autoevaluación previo a la evaluación externa.

Finalmente, como inicio del proceso de autoevaluación es necesario revisar y evaluar el listado de estándares de acuerdo a la naturaleza de servicio que se brinda a la población, luego organizar la intervención del Equipo de Evaluadores Internos en los diferentes macroprocesos haciendo uso de los formatos contemplados en la normativa para dicho trabajo.

## II.- JUSTIFICACION:

El presente documento se programó para el periodo 2015, tomando en cuenta la normatividad contemplada para la Acreditación de Establecimientos de Salud, en este caso para aplicar en los macroprocesos que desarrolla el Hospital Hermilio Valdizán Nivel III-1.

La acreditación es un proceso de evaluación periódica que promueve la mejora de la calidad de atención de acuerdo a los estándares establecidos, 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, en ese contexto; es oportuno ejecutar la autoevaluación para determinar la valoración y la detección de los nudos críticos que nos permita revertir a través de la implementación y ejecución de proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

## III.- OBJETIVOS GENERAL:

Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud - Hospital Hermilio Valdizán.

## IV.- OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Establecer la programación de actividades para la autoevaluación de los macroprocesos en el Hospital Hermilio Valdizán.
- Determinar las brechas de los criterios evaluados en cada uno de los macroprocesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
- Valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación.

## V.- ALCANCES:

El presente documento es de aplicación en todas las unidades orgánicas que constituye el Hospital Hermilio Valdizán

## VI.- BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – ley General de Salud
- Resolución 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 NTS N° 021 –MINSA/ DGSP v.02 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Decreto Legislativo N° 1167, Que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Aprueba la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°023-2005-SA, Aprueban Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N° 241-DG/ HHV-2014 conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.
- Resolución Directoral N° 100-DG/HHV-2015 conforma el Comité de Evaluadores internos del Hospital Hermilio Valdizán.
- Listado de estándares de Acreditación para establecimientos de salud categoría III-1 y servicios médicos 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-DISAIV LE-DG-DESP- DSS-OAJ.

## VII.- ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Las estrategias para implementar el plan de Autoevaluación en el marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud son los siguientes:

1. Decisión de la Alta Dirección.
2. Selección de los evaluadores internos.
3. Capacitación de los evaluadores internos
4. Difusión de los lineamientos de Acreditación al personal institucional y público en general.
5. Revisión y selección del listado de estándares acorde a la naturaleza de servicio
6. Aplicación de la primera Autoevaluación
7. Diseño y despliegue de las acciones de mejoramiento continuo.
8. Aplicación de seguimiento de las recomendaciones.



## 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 los estándares establecidos 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 Hermilio Valdizán.

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:

- 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 2015.**

ACTIVIDADES	RESPON SABLE	JUNIO			JULIO			AGOSTO - SETIEMBRE-OCTUBRE							
		4	5	9	3	8-9- 10	14	19- 20 - 21 y 24- 25 -26 Agosto	Del 28 de Setiembre al 15 de Octubre			Del 16 al 23 Octubre			
Capacitación de los Evaluadores internos.		■	■	■											
Evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables en HHV.					■										
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para designar a los líderes responsables por cada macroproceso y reforzamiento en los contenidos de la guía del evaluador interno.						■									
Presentación del Plan a la Dirección General y Equipo de Gestión del HHV, Jefes de Oficinas y Departamentos y Trabajadores.							■								
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en AE 2014								■							
Inicio de la AE 2015									■	■	■	■	■		
Procesamiento de Datos														■	■
Análisis de Datos														■	■
Formulación de Informe final														■	■
Entrega de Informe Técnico del Equipo Evaluador														■	■
Socialización del Informe con los evaluadores internos, DG y Jefaturas de Servicios y oficinas Evaluados														■	■



## XI.- ACTIVIDADES:

### Objetivos Específicos:

1. Establecer la programación de actividades para la autoevaluación de los macroprocesos en el Hospital Hermilio Valdizán
2. Determinar las brechas de los criterios evaluados en cada uno de los macroprocesos y plantear acciones de mejoramiento continuo de la calidad.
3. Valorar los criterios de evaluación previa constatación de las fuentes de verificación.

### Desarrollo de actividades:

- Capacitación de los Evaluadores internos
- Difusión de los lineamientos de la Acreditación al personal institucional y público en general.
- Reunión de trabajo con los evaluadores internos para designar a los líderes responsables por cada macroproceso y reforzamiento en los contenidos de la guía del evaluador interno.
- Evaluación y selección del listado de estándares de acreditación aplicables en el HHV.
- Presentación del Plan a la Dirección General y Equipo de Gestión del HHV, Jefes de Oficinas, Departamentos y Trabajadores.
- Informar del inicio de la Autoevaluación.
- Reunión de trabajo con los evaluadores internos para consolidar los resultados de la Autoevaluación.
- Reunión de trabajo con Dirección General, jefaturas de los servicios y/o oficinas, evaluadores internos; con el fin de socializar los resultados de la Autoevaluación.
- Registrar los nudos críticos detectados e informar a las autoridades competentes para toma de decisiones.
- Formulación del Informe final

## XII. BIBLIOGRAFIA:

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



# ANEXOS







