



Resolución Directoral

Santa Anita, 19 de Julio del 2016

Visto el Memorando N° 244/OGC-HHV/2016 y Expediente N° 16MP-07511-00, sobre aprobación del Plan de Autoevaluación 2016, del Hospital "Hermilio Valdizán";

CONSIDERANDO :

Que, mediante Resolución Ministerial N° 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 N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio del 2007, se aprobó la NTS N° 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 N° 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 del visto, de fecha 17 de mayo del 2016, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General, la aprobación del Plan de Autoevaluación 2016, del Hospital "Hermilio Valdizán", que consta de 14 folios y desarrolla en su contenido, finalidad, objetivo general y específico, base legal, ámbito de aplicación, cronograma general de autoevaluación, entre otros;

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 macroprocesos en el Hospital; determinar las brechas de los criterios evaluados en cada uno de los macroprocesos 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;



Resolución Directoral

Santa Anita, 19 de Julio del 2016

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 inciso 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 Dirección Adjunta de la Dirección General y Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Documento denominado **Plan de Autoevaluación 2016**, 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, a través del portal web del Hospital.

Regístrese y Comuníquese,

DISTRIBUCIÓN :
SDG.
OGC.
OCI.
INFORMÁTICA

CASC/RCS/yam.

MINISTERIO DE SALUD
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Hermilio Valdizán"

Dr. Carlos Alberto Saavedra Castillo
Director General
C.M.P. N° 46884 R.N.E. 8810





PERÚ

Ministerio
de Salud

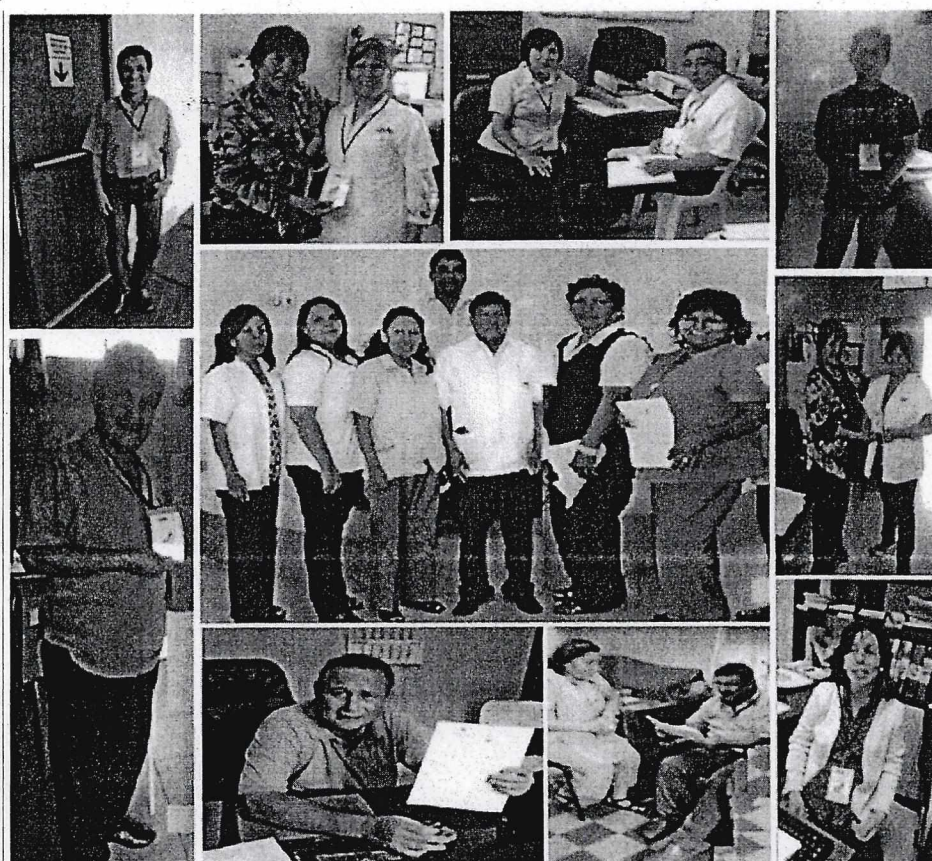
Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Hospital Hermilio
Valdizan

Oficina de Gestión de
la Calidad

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN 2016



LIMA - PERU



MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACION

Dr. Carlos Ordoñez Huamán

Dr. Raúl Gutiérrez Abregú

Dr. Carlos Chávez Ascón

Lic. Ana Calderón Albinagorta

Lic. Mariela Blanco Tercero

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- Dr. Raúl Gutiérrez Abregú
- Dr. Carlos Ordoñez Huamán
- Dr. Lizardo Rodríguez Villacres
- Dra. Edith Chero Campos
- Dra. Kelly Almendras Jaramillo
- Dra. Barreda Estrada Ivanna
- Dr. Carlos Chavez Ascón
- Dr. Jonh Loli Depaz
- Ps. Alicia Belletti de Bellido

Lic. Luis Rafael Pineda Gallardo

Lic. José Loconi García

Lic. Lina Villegas Ccatamayo

Lic. Mariela Blanco Tercero

- Lic. Daniel Samaniego Berrocal
- Lic. Maria Huarachi Torres
- Lic. Ana Calderón Albinagorta
- Bach. Ruth Duran Gutiérrez
- Bach. Colon Flores Castillo
- Sra. Violeta Valiente Caro
- Sr. Alayen Sauñe Muñoz
- Dr. Jorge Calderón Martini
- Lic. Juan Ramirez Bravo
- Lic. Roxana Llata Janampa
- Lic. Maria Sihuay Maravi
- Lic. Roberto Santisteban Pineda
- Tab. Arturo Espinoza Eulogio





INDICE

	<u>Pag.</u>
I. Introducción	4
II. Finalidad.....	4
III. Objetivo General.....	5
IV. Objetivo Especifico.....	5
V. Base Legal.....	5
VI. Ámbito de Aplicación.....	6
VII. Contenido.....	6
VIII. Responsabilidades del Evaluador Interno.....	7
IX. Cronograma General de Auto Evaluación Interna 2016	8
X. Actividades	9
XI. Anexos, Modelos	9
XII. Bibliografía.....	14





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. FINALIDAD:



El presente documento se programó para el periodo 2016, 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. 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.

IV. OBJETIVOS 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. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio 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 Eyaluador 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.

VI. AMBITO DE APLICACIÓN:

Está dirigido a los equipos de calidad de los establecimientos de salud del primer nivel y aplicar en todas las Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

VII. CONTENIDO:

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



VIII.

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.

IX. CRONOGRAMA GENERAL DE AUTO EVALUACION INTERNA 2016.

ACTIVIDADES	RESPON SABLE	JUNIO			JULIO			AGOSTO – SETIEMBRE-OCTUBRE						
		1	2	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 2015- Inicio de la AE 2016														
Seguimiento de Recomendaciones Emitidas en AE 2016														
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														



X. 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



XI. ANEXOS, MODELOS

Anexo 1: Hoja de Registro para Autoevaluación

Macro proceso: _____

Evaluador(es): -

Fecha: _____

Servicios evaluados:

Participantes de la evaluación:

Código Estándar: _____

[illegible]

Firma:

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

Establecimiento: _____

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados:

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar: _____

[illegible]

Firma:

Anexo N° 3: Hoja de Recomendaciones

Evaluador(es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados:

[illegible]

Firma:

Anexo N° 4: "Matriz de Selección"

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

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total



Firma:



XII. BIBLIOGRAFIA:

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

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

Dr. RAUL GUTIERREZ ABREGU
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
C.M. 18378 Esp. 19613