



Resolución Directoral

Santa Anita, 18 de mayo de 2023

Visto el Expediente 23MP-02567-00 e Informe N° 019-OGC/HHV/2023, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del proyecto de Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2023;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestación de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, 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", cuya finalidad es 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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, NTS que fue modificada solo en cuanto al literal a. del numeral 1, del acápite VI Disposiciones Específicas por Resolución Ministerial N° 537-2008/MINSA;

Que, con Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual tiene por finalidad 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, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Asesorar en el desarrollo de la auto evaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud" e "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios", entre otros;

Que, mediante el documento de visto la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto de Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2023, el cual tiene como objetivo general acrecentar el grado de cumplimiento de cada macroproceso evaluado para lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán; y teniendo como objetivos específicos: "Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos" y "Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad", entre otros;

Que, en el Informe N° 029-UO-OEPE-HHV-2023 y Nota Informativa N° 043-OEPE-HHV-2023, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al proyecto del Plan propuesto, el cual se encuentra alineado con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; por lo que, es necesario proceder a su aprobación;



Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 158-OAJ-HHV-2023;

Con el visado de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN 2023, el mismo que consta de dieciséis (16) páginas y tres (3) anexos, el mismo que es integrante de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- La Oficina de Gestión de la Calidad, en su condición de Eje Estratégico de Autoevaluación, efectuará el monitoreo del mencionado Plan, asimismo informará sobre el desarrollo del mismo a la Dirección General y a cada órgano y/o Unidad orgánica evaluada.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución a través de la Pagina Web de la Institución.

Regístrese y comuníquese.

**MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"**

.....
Dra. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P. N° 21499 R.N.E. 12799

GLCV/OACH
DISTRIBUCIÓN
OEPE
OGC
OAJ.
OEI



**PLAN
DE
AUTOEVALUACIÓN
DEL
HOSPITAL
HERMILO
VALDIZÁN**

2023



LIMA - PERU

MV

ÍNDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo General.....	4
3.2. Objetivo Específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	4
VI. CONTENIDO	5
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	5
6.2. Descripción del problema.....	6
6.3. Articulación estratégica al POI.....	7
6.4. Matriz de actividades.....	8
6.5. Presupuesto y fuentes de financiamiento	9
6.6. Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan.....	10
VII. RESPONSABILIDADES.....	11
VIII. ANEXOS.....	11
Anexo 1: Articulación estratégica con el POI	
Anexo 2: Matriz de actividades	
Anexo 3: Cronograma A y B	



I. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Gestión de la Calidad viene llevando a cabo el proceso de autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán desde el año 2012, con la finalidad de garantizar que las prestaciones de salud que brindamos a nuestros usuarios cumplan con los estándares de calidad. El resultado obtenido en la autoevaluación del año 2022 es de 81% resultado que se encuentra dos puntos menos del resultado del año 2021.

Según la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” (NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02) aprobada con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, el proceso de autoevaluación es llevada a cabo por el Equipo de Evaluadores Internos de la institución quienes aplican el Listado de Estándares para hospitales III-1 de 22 macroprocesos lo que nos permite identificar las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Durante el año 2023 se priorizarán los macroprocesos que obtuvieron el menor puntaje y que serán monitoreados con mayor énfasis siendo éstos los siguientes: Gestión de la información (63.4%), Gestión de recursos humanos (35.29%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (29.31%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (50%), Gestión de seguridad ante desastres (58.93%), Nutrición y Dietética (61.76%).

La Oficina de Gestión de la Calidad está comprometida a velar por la mejora continua y el cumplimiento de los estándares de calidad que beneficiará a nuestros usuarios externos como también a nuestros usuarios internos.



II. FINALIDAD

Lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán garantizando así prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Acrecentar el grado de cumplimiento de cada macroproceso evaluado para lograr la acreditación del Hospital Hermilio Valdizán.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes órganos y/o unidades orgánicas del HHV.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la autoevaluación en el marco de la acreditación de establecimientos de salud.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación a todos los órganos y/o unidades orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.



- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que 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 y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICO CONCEPTUALES

Autoevaluación.- Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del listado de estándares de acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Acreditación.-Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Criterios de evaluación.-Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Estándar.-Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Listado de estándares de acreditación.-Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

Informe técnico de la autoevaluación.-Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para el conocimiento de la autoridad institucional.



Macroproceso.-Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez agrupa a varios procesos.

Proceso.-Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Evaluador interno.-Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

6.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El puntaje final obtenido de la autoevaluación del año 2022 fue del 81% que nos ubica en un nivel NO Aprobado.

Según la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V-02, para obtener un puntaje aprobatorio se requiere ser mayor o igual al 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

Hay dos macroprocesos que no se consideran en la evaluación: el Macroproceso 8 (Atención Extramural) y el Macroproceso 11 (Atención Quirúrgica).

Los resultados obtenidos en la autoevaluación del año 2022 por macroprocesos es el siguiente:



Plan de Autoevaluación HHV – 2023

Establecimiento :	00005948-HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN											
Tipo de Establecimiento :	III-1											
Fase:	AutoEvaluación											
Año:	2022											
Periodo :	4											
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	CATEGORÍAS		
									Puntaje Max x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría	
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	45.06	82.35	222.64	174.16	78.22	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	14.48	35.29				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	46.13	96.34				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	42.62	89.01				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	8.06	58.93				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	30.91	90.38	254.45	230.42	90.56	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	39.50	82.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	39.46	82.41				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	46.62	97.37				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	47.88	100.00				
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	30.94	90.48				
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	8.55	50.00				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	13.92	81.43				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	16.60	97.06				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	13.81	80.77	159.03	107.83	67.80	
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	10.78	63.04				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	5.01	29.31				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	14.77	86.36				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	10.56	61.76				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	9.87	57.69				
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	12.07	70.59				
Total	342	134	167	41	342	636.12	507.61		636.12	512.41		
									Puntaje Final (%)	81		

Como se observa en la tabla anterior los macroprocesos que han obtenido los resultados más bajos son Gestión de la información (63.4%), Gestión de recursos humanos (35.29%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (29.31%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (50%), Gestión de seguridad ante desastres (58.93%), Nutrición y Dietética (61.76%), los que se priorizarán este año 2023.



6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL POI: (anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la institución.

6.4 MATRIZ DE ACTIVIDADES: (anexo 2)

El equipo de acreditación se dividirá en tantos grupos, como macroprocesos se hayan considerado. El grupo que tenga asignado un macroproceso, que en la institución se cumple en más de una unidad orgánica, se subdividirá para evaluar por separado en cada una de esas unidades, dicho macroproceso. Las actividades a desarrollar son las siguientes:

a) CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

Mediante Resolución Directoral N° 021-DG/HHV/2023, se aprueba el Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán para el período 2023.

b) CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Mediante Resolución Directoral N° 023-DG/HHV/2023 se aprueba el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Hermilio Valdizán para el período 2023

c) ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HHV 2023

Elaborado por el Equipo de Evaluadores Internos y aprobado por la Dirección General.

d) COMUNICACIÓN DEL INICIO Y DURACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

La Dirección General y la Oficina de Gestión de Calidad comunicarán el inicio y finalización de la autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán, el que también será comunicado a la DIRIS Lima Este.

e) EJECUCIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Se tiene programado ejecutar la autoevaluación del 2 de octubre al 30 de noviembre de 2023.

f) PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

Culminado el proceso de Autoevaluación, se digitará los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.



g) REALIZAR SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Durante el año 2023 se prestará mayor atención a los macroprocesos que han obtenido un puntaje bajo en la autoevaluación del 2022. Y se presentará los informes de seguimiento a la Dirección General.

h) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (anexo 3)

Cronograma A

6.5 Presupuesto y fuentes de financiamiento

6.5.1 Los recursos materiales y/o insumos

Recursos ordinarios

6.5.2 Requerimiento de bienes y servicios

Recursos Humanos

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	Terceros	TOTAL
Profesional especializado en mejora Continua, Autoevaluación.	01 o CAS o terceros			01
Profesional capacitador en el proceso de autoevaluación			01	01
Médico capacitador en elaboración de Guías de la Práctica Clínica			01	01



Recursos informáticos y equipo inmobiliario (con el que se cuenta)

ITEM	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
02	No tiene código patrimonial porque es alquilado	Monitor con procesador integrado	Lenovo	No tiene	Malo	Equipo en calidad de préstamo de la OEI (indican que es alquilado) En enero se quemó el disco duro de la

						anterior computadora alquilada con toda la información de la oficina (indicaron que el disco duro era de mala calidad).
07	7408411000027	Impresora	HP	LaserJetP3015	Malo	Tiene múltiples reparaciones a veces solo imprime una sola cara.

Recursos por adquirir

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad
	Personal Profesional especializado en mejora Continua, Autoevaluación.				01
	Personal capacitador en el proceso de autoevaluación				01
	Médico capacitador en elaboración de Guías de la Práctica Clínica				01
	Impresora láser con fotocopidora	2.6.32.31			01
	Monitor con procesador incorporado	2.6.32.31			01
	Laptop	2.6.32.31			01
	Un proyector multimedia				01
	Sillas ergonómicas giratorias				01
	Escritorios de melamine				01

6.6 Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan:

- 6.6.1** El monitoreo del presente Plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 6.6.2** Esta Oficina emite un informe de seguimiento del levantamiento de las observaciones, informes de los 20 macroprocesos evaluados y el informe final de la autoevaluación a la Dirección General sobre los avances del Plan de autoevaluación.



VII. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Autoevaluación 2023
Oficina de Planeamiento Estratégico	<ul style="list-style-type: none">• Ajuste presupuestal para la ejecución del Plan• Poner a disposición los recursos humanos y financieros
Oficina Ejecutiva de Administración	<ul style="list-style-type: none">• Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del Plan de autoevaluación 2023• Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de autoevaluación 2023
Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el Plan de Autoevaluación del HHV

VIII. ANEXOS:

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades

Anexo 3: Cronograma A y B


Giovanna Zapata Coacalla
Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta
C.M.P. 36635 R.N.E. 23990

ANEXO 1

Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Unidad Orgánica		estructura programática y operativa						
Marco Estratégico		Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
<p>Objetivo Estratégico institucional del POI</p> <p>OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública</p>	<p>AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos</p>	<p>Acciones del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Acciones centrales</p>	<p>Sin producto</p>	<p>Gestión administrativa</p>	<p>Acrescentar el grado de cumplimiento de cada macroproceso evaluado para lograr la acreditación del hospital Herminio Valdizán.</p>	<p>Conocer el grado de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos. Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad. Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes Órganos y/o Unidades Orgánicas del HHV. Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud.</p>	



ANEXO 2

MATRIZ DE ACTIVIDADES

CAT. PRESENTACIONES	PRODUCTO	ACTIVIDAD	U.M.	META ANUAL 2023	E	F	M	A	M	J	J	J	A	S	O	N	RESPONSABLE		
Acciones centrales	Sin producto	CONFORMACIÓN DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS Y EQUIPO DE ACREDITACIÓN	EQUIPOS APROBADO CON RD	2		X											Dirección General		
		FORMULAR PLAN DE AUTOEVALUACION EN BASE A 22 MACROPROCESOS	PLAN	1		X												Equipo de Evaluadores Internos	
		DESARROLLAR EVENTO DE CAPACITACIÓN PARA EVALUADORES INTERNOS.	INFORME	1						X								OGC	
		ACTUALIZACIÓN DE LA SELECCIÓN DEL LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN APLICABLES EN EL HHV.	ACTIVIDAD EFECTIVIZADA	1										X				Equipo de Acreditación	
		REUNIÓN CON LOS EVALUADORES INTERNOS PARA DESIGNAR LÍDERES RESPONSABLES POR CADA MACROPROCESO Y ESTUDIO DE LA GUIA DEL EVALUADOR INTERNO	REUNIÓN EFECTIVIZADA	1											X			OGC	
		EVALUACIÓN IN SITU DE TODOS LOS MACROPROCESOS	ACCION	20												10	10	Equipo de evaluadores internos	
		PROCESAMIENTO DE DATOS	ACCION	1													X	OGC	
		ELABORACIÓN DE LOS INFORMES POR CADA MACROPROCESO EVALUADO	INFORME	20												10	10	Evaluadores Internos	
		ANALISIS DE LOS DATOS CON EL APLICATIVO ACTUALIZADO	ANALISIS EFECTIVIZADO	1														X	OGC
		INFORME FINAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN	INFORME	1														X	Equipo de Evaluadores Internos y OGC



ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2022 – “A” DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FEBRERO Y MARZO		OCTUBRE						NOVIEMBRE					
		FEBRERO	MARZO	03	10	17	24	31	07	10	14	15	21	28	30
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador Líder	Jefatura de Calidad														
Designación de responsables por cada macroproceso	Jefatura de Calidad														
Elaboración del Plan de Autoevaluación	Equipo de Evaluadores internos														
Presentación del Plan a la Dirección	Jefatura de Calidad														
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación	Equipo de evaluadores internos y equipo de acreditación														
Presentación del Plan a Jefes de Servicio, personal	Jefatura de Calidad														
MACROPROCESOS															
Direccionamiento	Dra. Zapata														
Gestión de Recursos Humanos	Dra. Zapata														
Gestión de la Calidad	Dra Zapata														
Manejo del Riesgo de la Atención	Dra. Zapata														
Gestión de Seguridad ante Desastres	Dra Zapata														
Control de la Gestión y Prestación	Dra Zapata														
Atención Ambulatoria	Lic. Luz Castillo														
Atención de Hospitalización	Lic. Luz Castillo														
Atención de Emergencias	Lic. Luz Castillo														



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2022 – “B” DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

RESPONSABLE POR SUB-EQUIPO	MACROPROCESOS	Equipo de Evaluadores Internos	Octubre							Noviembre		Evaluados
			03	10	17	24	31	07	10	14		
DRA ZAPATA	Direccionamiento	Dra Zapata	M									Of. Planeamiento, Oficina de Planeamiento Estratégico
	Gestión de Recursos Humanos	Dr. Pomareda	M									Of. Personal
	Gestión de la Calidad			M								Of. Gestión de la Calidad
	Manejo de Riesgo de Atención			M								Of. Epidemiología y Dpto. Enfermería
LIC. LUZ CASTILLO	Gestión de Emergencias ante Desastres			M								Unidad Funcional de Gestión de Riesgo y Desastres
	Control de la gestión y Prestación					M						Oficina de Gestión de la Calidad
	Atención Ambulatoria					M						Jefatura de Consulta Externa
	Atención de Hospitalización						M					Jefatura de Hospitalización
LIC. WILLY COLON	Atención de Emergencias						M					Jefatura de Emergencia
	Docencia e Investigación											Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento											Servicio de laboratorio, Servicio de EKG y EEG.
	Admisión y Alta							M				Oficina de Estadística e Informática
LIC GARCIA	Referencia y contrarreferencia									M		Jefatura de la Of. SIS
	Gestión de medicamentos										M	Jefatura de Farmacia
	Gestión de la información										M	Jefatura de la O.E.I.
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización										M	Jefatura del Dpto. Enfermería
LIC GARCIA	Manejo del riesgo social										M	Jefatura de Servicio Social
	Gestión de insumos y materiales										M	Jefatura de la Of. Logística
	Gestión de equipos e Infraestructura										M	Jefatura de Servicios Generales
	Nutrición y Dietética										M	Jefatura de Nutrición

