



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
DIRECCIÓN GENERAL



Nº 071-DG/HHV-2024

Resolución Directoral

Santa Anita, 27 de marzo de 2024

Visto el Expediente 24MP-03428-00 e Informe N° 015-OGC/HHV/2024, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del proyecto de Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2024;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, prevé que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, 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 la 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;

Que, a través de la 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, la norma acotada, en su numeral 6.1 establece que la autoevaluación es la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

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 Informe N° 015-OGC/HHV/2024, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el proyecto de Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2024, el cual tiene como objetivo general de 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 objetivos;



Que, mediante la Nota Informativa N° 051-OEPE-HHV-2024, del 18 de marzo de 2024, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico informa que el proyecto del Plan de Autoevaluación cuenta con opinión favorable y alcanza el informe N° 022-UO-OEPE-HHV-2024 de la Unidad de Organización que señala que el referido plan se encuentra alineado a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 326-MINSA/OGPPM-2022 que aprueba la Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el MINSA, por lo que es necesario proceder a su aprobación mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 114-OAJ-HHV-2024;

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; y de la Resolución Ministerial N° 835-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN 2024, el mismo que consta de diecisiete (17) páginas y tres (3) anexos, los mismos que son integrantes de la presente Resolución y por los fundamentos expuestos en la parte considerativa.

Artículo 2.- La Oficina de Gestión de la Calidad, 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 y publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital "Hermilio Valdizán"

Dr. Hugo William Peña Lovatón
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. N° 17266 - R.N.E. 7381

HWPL.MAA
DISTRIBUCIÓN
OEPE
OGC
OAJ.
OEI

**PLAN
DE
AUTOEVALUACIÓN
DEL
HOSPITAL
HERMILIO
VALDIZÁN**

2024



Al 2015 el Hospital Hermilio Valdizán es una institución líder en la reforma de la salud mental y psiquiatría del ámbito nacional, desarrollando acciones comunitarias, preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación, con calidad, ética, equidad e interculturalidad. Promoviendo la

Misión
Somos un Hospital que presta servicios altamente especializados de salud mental y psiquiatría, con calidad, equidad y eficiencia a través de equipos multidisciplinares. En el marco de la implementación de la reforma de la atención en salud mental y psiquiatría,



LIMA - PERU

ÍNDICE

	PÁG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	4
VI. CONTENIDO	5
6.1. ASPECTOS TECNICO CONCEPTUALES: Definiciones operativas.....	5
6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO.....	6
6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL POI.....	9
6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	9
6.5. PRESUPUESTO.....	10
6.6. FINANCIAMIENTO	10
6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.....	11
VII. RESPONSABILIDADES	11
VIII. ANEXOS.....	12



I. INTRODUCCIÓN

La autoevaluación es la fase inicial obligatoria para la acreditación, en ese entender el Hospital Hermilio Valdizán viene llevando a cabo el proceso de autoevaluación 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 2023 es de 85.63% resultado que está en la categoría de aprobado.

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.

Aún todavía existen macroprocesos que se deben trabajar con más énfasis en el 2024 como son: Apoyo al diagnóstico y tratamiento (25%), Gestión de insumos y materiales (53.85%), Gestión de recursos humanos (55.88%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (70.69%), Gestión de la información (76.09%), Gestión de seguridad ante desastres (76.79%).

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: DEFINICIONES OPERATIVAS

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 ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO - ADMINISTRATIVO

6.2.1 ANTECEDENTES

Desde el año 2012 se viene llevando a cabo la autoevaluación en el hospital Hermilio Valdizán.

El puntaje final obtenido de la autoevaluación de los últimos 6 años, se observan en la siguiente tabla:

AÑO	PUNTAJE FINAL	MACROPROCESOS	PUNTAJE POR MACROPROCESOS
2018	67	Macroprocesos Gerenciales	74
		Macroprocesos Prestacionales	64
		Macroprocesos de Apoyo	62
2019	68	Macroprocesos Gerenciales	78
		Macroprocesos Prestacionales	66
		Macroprocesos de Apoyo	56
2020	80	Macroprocesos Gerenciales	88
		Macroprocesos prestacionales	86
		Macroprocesos de Apoyo	59
2021	83	Macroprocesos Gerenciales	85
		Macroprocesos prestacionales	87
		Macroprocesos de Apoyo	73
2022	81	Macroprocesos Gerenciales	78
		Macroprocesos prestacionales	90
		Macroprocesos de Apoyo	67
2023	85.6	Macroprocesos Gerenciales	87
		Macroprocesos prestacionales	90
		Macroprocesos de Apoyo	76

El resultado obtenido durante la autoevaluación en el año 2023 fue de 85.63% lo que nos ubica en un nivel APROBADO como se muestra en la tabla adjunta. Sin embargo aún existe macroprocesos que necesitan ser implementados para lograr un puntaje mayor al obtenido y acceder a una evaluación externa para lograr la Acreditación.

Durante la evaluación no se consideró dos macroprocesos: el Macroproceso 8 (Atención Extramural) y el Macroproceso 11 (Atención Quirúrgica).



6.2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los resultados obtenidos en la autoevaluación del año 2023 por macroprocesos es el siguiente:

Establecimiento :		00005948-HOSPITAL HERM										
Tipo de Establecimiento :		III-1										
Fase:		AutoEvaluación										
Año:		2023										
Periodo :		4										
		MACROPROCESO					CATEGORIAS					
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroproce sos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Dirreccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	53.11	97.06	222.64	194.11	87.19	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	22.93	55.88				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	44.96	93.90				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	43.67	91.21				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	10.50	76.79				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	33.54	98.08	254.45	230.43	90.56	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	41.90	87.50				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	42.12	87.96				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	41.58	86.84				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	47.88	100.00	159.03	120.20	75.58	
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	4.28	25.00				
Admisión y alta	15	3	7	5	15	17.10	14.90	87.14				
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	17.10	15.09	88.24				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	15.46	90.38	159.03	120.20	75.58	
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	13.01	76.09				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	12.09	70.69				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.10	15.55	90.91				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	17.10	15.09	88.24				
Gestión de insumos y materiales	5	4	3	1	5	17.10	9.21	53.85	636.12	544.74	85.63	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	14.59	85.29				
Total	342	134	167	41	342	636.12	542.38		636.12	544.74		
									Puntaje Final (%)	85		

A pesar del resultado aprobado 85.63% aún hay macroprocesos con puntaje bajo como son los siguientes: Apoyo al diagnóstico y tratamiento (25%), Gestión de insumos y materiales (53.85%), Gestión de recursos humanos (55.88%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (70.69%), Gestión de la información (76.09%), Gestión de seguridad ante desastres (76.79%)



Otro problema detectado es la no asistencia del personal a las capacitaciones sobre Autoevaluación, a pesar que en el transcurso de los años se ha ido insistiendo en capacitaciones presenciales, virtuales, incluso se ha contratado los servicios de un capacitador externo quien ha hecho capacitación a los responsables de cada macroproceso.

Las dos áreas más renuentes al cambio son la Oficina de Logística, la Oficina de Personal.

En cuanto a la Oficina de Personal (Gestión de recursos humanos (55.88%)), hasta la fecha no cuenta con los estándares de productividad individual, no ha realizado la Encuesta de Clima Organizacional pese a que la OGC lo ha solicitado en reiteradas oportunidades, no hay una base de datos que muestre las capacitaciones que recibe el personal y mucho menos las capacitaciones se encuentran en el legajo, no hay un manual de procedimientos, no cuenta con una base de datos de todo el personal de la institución lo que no permite una buena gestión.

En cuanto a la Oficina de Logística (Gestión de insumos y materiales (53.85%)) no tiene un Manual de buenas prácticas de almacenamiento, no cuenta con el informe de requerimiento de bienes estratégicos de cada servicio y bienes adquiridos, no cuenta con el registro manual o electrónico de la entrega de insumos y materiales, tampoco cuenta con informes de auditoria de sus procesos, las jefaturas no tienen acceso a ser informados acerca de sus presupuestos y la ejecución de sus gastos.

6.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA

Falta de interés y compromiso de parte del personal por cumplir los estándares de acreditación.

La burocracia que demora la aprobación de los diferentes manuales, protocolos y documentos de gestión.

Existe un divorcio entre lo administrativo y asistencial, la parte administrativa desconoce las necesidades del área asistencial, debido a que los administrativos no van a verificar, observar lo que se hace en el área asistencial, por lo que, lo que se solicita no es aceptado ni tomado en cuenta.



6.2.4 POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

El presente plan involucra a todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán

6.2.5 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Se encuentran plasmadas en el cronograma de actividades

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 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS:

6.4.1 Descripción Operativa

Las actividades a desarrollar para cumplir con nuestros objetivos específicos son las siguientes:

a) CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

El que tiene que estar aprobado mediante Resolución Directoral

b) CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

El equipo de evaluadores internos tiene que estar aprobado mediante Resolución Directoral

c) ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HHV 2024

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 1 de octubre al 30 de noviembre de 2024.

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 2024 se prestará mayor atención a los macroprocesos que han obtenido un puntaje bajo en la autoevaluación del 2023. Y se presentará los informes de seguimiento a la Dirección General.

6.4.2 Costeo de las actividades por tareas

Todas las actividades a realizarse en este plan se encuentran dentro del presupuesto asignado para la Oficina de Gestión de la Calidad

6.4.3 Cronograma de actividades

Matriz de Actividades (anexo 2)

6.4.4 Responsables para el desarrollo de cada actividad

Cronograma A y B (anexo 3)

6.5 PRESUPUESTO

El presupuesto del presente Plan está incluido en las actividades y acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

ACTIVIDAD OPERATIVA	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal
Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones Centrales	Sin producto	Gestión Administrativa
AO100013300126		3999999	5000003

6.5.1 Recursos Humanos y bienes y servicios que intervienen en el desarrollo del Plan.

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



Plan de Autoevaluación HHV-2024

Médico capacitador en elaboración de Guías de la Práctica Clínica			01	01
---	--	--	----	----

Bienes y Servicios

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. 3 2. 3 1			01
	Monitor con procesador incorporado	2.6. 3 2. 3 1			01
	Laptop	2.6. 3 2. 3 1			01
	Un proyector multimedia				01
	Sillas ergonómicas giratorias				01
	Escritorios de melamine				01

6.6 FINANCIAMIENTO

El financiamiento es a través de Recursos Ordinarios.

6.7 Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan:

6.7.1 El monitoreo del presente Plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.

6.7.2 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"> Incluir las actividades operativas programadas por la Oficina de Gestión de la Calidad y su presupuesto en el Plan Operativo Institucional.

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



R Zapata
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		Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan
Objetivo Estratégico institucional del POI	Acción Estratégica					Objetivo Específico del Plan
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	AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos	Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones centrales	Sin producto	Gestión administrativa	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.
		AO1000133 00126		3999999	5000003	Acrescentar el grado de cumplimiento de cada macroproceso evaluado para lograr la acreditación del hospital Herminio Valdizán.



ANEXO 2

MATRIZ DE ACTIVIDADES

CAT. PRE S	PRO DUCTO	ACTIVIDAD	U.M.	META ANUA L 2024	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	RESPONSAB LE
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 APPLICABLES 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	ACCIÓN	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 2024 – “A” DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FEBRERO Y MARZO		OCTUBRE							NOVIEMBRE				
		FEBRE RO	MARZO	01	15	16	22	29	05	12	13	19	20	26	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														
Docencia e Investigación	Lic Luz Castillo														



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2024 – “B” DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

RESPONSABLE POR SUB-EQUIPO	MACROPROCESOS	Equipo de Evaluadores Internos	Octubre						Noviembre		Evaluados		
			01	15	16	22	29	05	12	13			
DRA ZAPATA	Direccionamiento		M										Of. Planeamiento, Oficina de Planeamiento Estratégico
	Gestión de Recursos Humanos		M										Of. Personal
	Gestión de la Calidad			M									Of. Gestión de la Calidad
	Manejo de Riesgo de Atención			M									Of. Epidemiología y Dpto. Enfermería
	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
	Atención de Emergencias						M						Jefatura de Emergencia
	Docencia e Investigación							M					Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
LIC. LUZ CASTILLO	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento							M					Servicio de laboratorio, Servicio de EKG y EEG.
	Admisión y Alta							M					Oficina de Estadística e Informática
	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
	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



