



Resolución Directoral

Santa Anita, 28 de Febrero del 2022

VISTO:

El Expediente 22MP-00897-00 e Informe N° 016-OGC/HHV/2022, el mismo que solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2022",

CONSIDERANDO

Que, la Ley General de Salud N° 26842, 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° 537-2008/MINSA se modificó 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; aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA;

Que, mediante 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", teniendo como objetivo: "Proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa, entre otros;

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 documento de visto la Oficina de Gestión de la Calidad remite el "Plan de Autoevaluación del Hospital Hermilio Valdizán 2022, el cual tiene como objetivo general: "Mejorar los macroprocesos 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, mediante Informe N° 008-UPGI-OEPE-HHV-2022, del 17 de febrero del 2022, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al citado Plan, por cumplir con la estructura de los planes específicos según el numeral 6.6 de la Directiva Administrativa N° 280-MINSA /2019/OGPPM: Directiva Administrativa para la "Formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Orgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA", por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;



En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN 2022, el mismo que consta de once (11) páginas y cuatro (04) anexos: el primero sobre Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico, el segundo sobre Matriz de Actividades, el tercero sobre Equipo de Acreditación y el cuarto sobre Equipo de Evaluadores Internos, los que adjuntos a la presente forman parte integrante de la presente Resolución.

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, Comuníquese y Publíquese;

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

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

GLCV.
DISTRIBUCIÓN
OGC
OAJ.
INFORMÁTICA.



**PLAN
DE
AUTOEVALUACIÓN
DEL
HOSPITAL
HERMILIO
VALDIZÁN**

2022



LIMA - PERU



INDICE

	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.....	8
6.4. Actividades.....	8
6.5. Presupuesto y Fuentes de Financiamiento	9
6.6. Organización para la ejecución del plan.....	10
6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y evaluación del plan.....	11
VII. ANEXOS.....	11
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	11





I.- INTRODUCCIÓN

Desde el año 2012 se viene llevando a cabo el proceso de autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán 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 2021 es de 83% que aún se encuentra por debajo de lo esperado, lo que nos compromete a seguir esforzándonos en la implementación de las mejoras correspondientes en cada área asistencial y administrativa hasta lograr cumplir el 100% de estándares de calidad requeridos.

Este proceso de Autoevaluación se basa en la "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" (NTS Nro 050-MINSA / DGSP - V 02) aprobada con Resolución Ministerial Nro 456 - 2007 / MINSA. Y es llevada a cabo por el Equipo de Evaluadores Internos quienes aplican el Listado de Estándares para hospitales III-1 para 22 macroprocesos e identifican las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

De los resultados obtenidos en la autoevaluación interna en el año 2021 se han determinado y priorizado los macroprocesos con menor puntaje y que serán monitoreados con mayor énfasis durante el año 2022 como son: Gestión de la información (50%), Gestión de recursos humanos (58.82%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (60.34%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (63.64%), Gestión de seguridad ante desastres (67.86%). Admisión y Alta (70%), Gestión de equipos e infraestructura (73.53%) y Gestión de insumos y materiales (76.92%).



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

Contribuir y garantizar que el Hospital Hermilio Valdizán brinde prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

III.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Mejorar los macroprocesos 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. AMBITO 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.





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° 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.

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.

VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TECNICO 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.

6.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el año 2021 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a **83% (NO aprobado)**

Según la NT Nro 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

También mencionar que hay dos macroprocesos que no se evalúan en el hospital que son el Macroproceso 8 (Atención extramural) y el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica).

De los resultados obtenidos en la autoevaluación interna en el año 2021 los macroprocesos que han obtenido un puntaje muy bajo son los siguientes:

Gestión de la información (50%), Gestión de recursos humanos (58.82%), Descontaminación, Limpieza Desinfección y Esterilización (60.34%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (63.64%), Gestión de seguridad ante desastres (67.86%), Admisión y Alta (70%), Gestión de equipos e infraestructura (73.53%) y Gestión de insumos y materiales (76.92%). Estos macroprocesos serán priorizados en el año 2022.

Además se ha realizado un informe comparativo de la autoevaluación de los años 2018 al 2021 siendo los resultados los siguientes:





Tabla 1. Porcentaje de cumplimiento por macroproceso 2018-2021

Macroprocesos	Criterios evaluados	2018	2019	2020	2021
Direccionamiento	11	85.29	91.18	91.18	91.18
Gestión de recursos humanos	11	79.41	100.00	91.18	58.82
Gestión de la calidad	22	70.73	67.07	95.12	96.34
Manejo del riesgo de atención	50	85.71	91.21	86.81	89.01
Gestión de seguridad ante desastres	21	46.43	58.93	57.14	67.86
Control de la gestión y prestación	15	75.00	57.69	82.69	92.31
Atención ambulatoria	14	47.50	75.00	87.50	85.00
Atención extramural	0	0.00	0.00	0.00	0.00
Atención de hospitalización	26	57.41	78.70	76.85	87.96
Atención de emergencias	14	92.11	71.05	78.95	81.58
Atención quirúrgica	24	100.00	0.00	100.00	100.00
Docencia e Investigación	15	11.90	71.43	90.48	80.95
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	59.09	54.55	54.55	63.64
Admisión y alta	16	54.29	37.14	70.00	70.00
Referencia y contrarreferencia	10	76.47	61.76	73.53	85.29
Gestión de medicamentos	15	92.31	92.31	67.31	80.77
Gestión de la información	14	95.65	56.52	34.78	50.00
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	48.28	50.00	62.07	60.34
Manejo del riesgo social	6	72.73	77.27	90.91	90.91
Nutrición y dietética	10	73.53	50.00	67.65	79.41
Gestión de insumos y materiales	8	42.31	65.38	42.31	76.92
Gestión de equipos e infraestructura	12	14.71	23.53	29.41	73.53
Total	342				

Fuente: Aplicativos de autoevaluación

Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento, por grupo de macroproceso 2018-2021

Año	Gerenciales	Prestacionales	De Apoyo
2018	73.76	63.93	61.60
2019	77.68	65.98	56.22
2020	87.94	86.53	59.25
2021	85.06	87.47	73.08

Fuente: Aplicativos de autoevaluación





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 (anexo 3)

Será realizada por la Dirección General y será aprobada por ella misma, mediante acto resolutivo. Con RD Nro 006-DG/HHV/2022 se aprueba la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Hermilio Valdizán para el período 2022.

b) CONFORMACION DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (anexo 4)

Lista Oficial aprobado con Resolución Directoral. Con RD Nro 005-DG/HHV/2022 se aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Hermilio Valdizán para el período 2022.

c) ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HHV 2022

Elaborado por el Equipo de Evaluadores Internos para lo cual se realizó una reunión en forma presencial en fecha: 18/01/2022.

d) COMUNICACIÓN DEL INICIO Y DURACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN

La Dirección General comunicará a los jefes de todas las Unidades Orgánicas del Hospital, quienes difundirán dentro del personal a su cargo, los días en los que se llevará a cabo dicha autoevaluación.

e) PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN





Culminado el Proceso de Autoevaluación, se digitalará los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de datos.

f) REALIZAR SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Elaborar el informe del seguimiento de la implementación de las recomendaciones

Se tendrá reuniones con las unidades involucradas en cada macroproceso.

Durante el 2022 se priorizará y realizará el seguimiento continuo a 08 macroprocesos que durante la autoevaluación 2021 han obtenido una puntuación baja como son: Gestión de la información (50%), Gestión de Recursos Humanos (58.8%), Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (60%), Apoyo al diagnóstico y tratamiento (63.64%), Gestión de seguridad ante desastres (67.86%), Admisión y alta (70%), Gestión de equipos e infraestructura (73.53%), Gestión de insumos y materiales (76.92%).

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

Se requiere un personal Médico responsable del eje estratégico de Autoevaluación que lidere el proceso. También un Equipo de evaluadores internos que ejecuten la evaluación de los 22 macroprocesos y un Equipo de Acreditación .

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	TOTAL
Médico responsable del eje estratégico de Autoevaluación	01		01
Personal profesional	20	10	30
Personal Secretaria		01	01





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

ITE M	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
01	740880370036	Monitor a color	SAMSUNG	SyncMaster SA 300	Malo	Es la computadora usada por Jefatura Fue reparado en el mes de enero del 2021 NO cuenta con audio ni cámara para realizar reuniones zoom

Recursos por Adquirir

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantidad	Precio Total
01	Impresora laser	2.6.3 2.3 1			01	3000 soles
02	Monitor con procesador incorporado	2.6.3 2.3 1			01	6000 soles

6.6 Organización para la ejecución del plan

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Autoevaluación 2022 Aprobar el Equipo de Acreditación Aprobar el Equipo de Evaluadores internos
Oficina de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de autoevaluación 2022
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del plan de autoevaluación 2022
Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación	Ejecutará todo el Plan de Autoevaluación





6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

6.7.1 El monitoreo del presente plan estará a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad como responsable del eje estratégico de Autoevaluación.

6.7.2 El informe final de autoevaluación y los informes de cada macroproceso será elevado a la Dirección General y a cada órgano y/o Unidad orgánica evaluada.

VII. ANEXOS:

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades

Anexo 3: Equipo de Acreditación

Anexo 4: Equipo de Evaluadores Internos

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Detallada en la base legal.


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

ANEXO 2: MATRIZ DE ACTIVIDADES

CAT. PRES	PR OG PRE S	PR OD	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	U.M	ME	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL				
Acciones centrales	Gestión administrativa	Sin producto	Conformar el Equipo de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos	DGY EQUIPO DE GESTIÓN	Equipo de Acreditación aprobado Equipo de evaluadores internos aprobado	2		x												2			
			Elaborar y presentar el Plan de Autoevaluación 2022	Equipo de evaluadores internos	Plan aprobado	1		x														1	
			Capacitación de los Evaluadores internos.	OGC	Capacitación efectuada	1								x									
			Actualización de la selección del listado de estándares de acreditación aplicables en HHV.	Equipo de Acreditación	Actividad efectuada											x							
			Reunión con los evaluadores internos para designar líderes responsables por cada macro-proceso y estudio de la guía del evaluador interno.	OGC	Reunión efectuada													x					
			Evaluación in situ, de todos los macroprocesos	Equipo de evaluadores internos	Evaluaciones efectuidas	20													x	x			20
			Procesamiento de Datos	OGC	Procesamiento efectivizado																x		
			Análisis de los datos con el aplicativo actualizado	OGC	Análisis efectivizado																	x	
			Informe final del proceso de autoevaluación	Equipo de evaluadores internos	Informe final	1																x	1



**ANEXO 3****EQUIPO DE ACREDITACIÓN (RD Nro 006-DG/HHV/2022)**

- Dra. Gloria Luz Cueva Vergara
- Lic. Carmen Yallico Castañeda
- Dr. Edwin Genaro Apaza Aceituno
- Dr. José Higinio Galindo Morales
- Dr. John Richard Loli Depaz
- Dra. Estelita de La Cruz Amador
- Dr. Rolando Zegarra Molina
- Dr. Lizardo Rodríguez Villacrés
- Dr. Juan Carlos Lengua Sánchez
- Dr. Augusto Mosquera Del Aguila
- Dra. Amelia Arias Albino
- Dra. Ana Quezada Peralta
- Dra. Jheny Dalía Bernal Vergara
- Dra. Giovanna Zapata Coacalla
- Lic Noemí Paz Flores
- Lic. Nancy Lina Villegas Ccatamayo
- Lic. Pedro Quispe Sotomayor
- Lic. Carlos Ruiz Alván
- Lic. Maria Isabel Choque Mamani



**ANEXO 4****EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS (RD Nro 005-DG/HHV/2022)**

- Dr. John Richard Loli Depaz
- Bach. Colón Flores Castillo
- Dr. Lizardo Rodríguez Villacrés
- Dr. Rolando Zegarra Molina
- Dra Estelita de La Cruz Amador
- Lic. Nancy Lina Villegas Ccatamayo
- Dra. Marlene Barreda Torres
- Lic. Luz Castillo Zamora
- Lic. Noemí Paz Flores
- Dra. Milagritos Toledo Castillo
- Lic. María E. Apumayta Rosas
- Lic. Nélide Geldres Villafuerte
- Lic. María Huarachi Torres
- Lic. Lidia Aguilar Romero
- Dra. Irina Banda Rodríguez
- Lic. Víctor Ramón García Herbozo
- Dra. Jhenny Bernal Vergara
- Dra Kelly Almendras Jaramillo
- Dr. José Galindo Morales

