



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 097 -2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 20 de abril 2015

**Visto;** la Nota Informativa N° 040-OGC-HVLH-2015, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud diseña y organiza procesos organizacionales de dirección, operación y apoyo, los mismos que deben implementar las estrategias de mediano plazo. Los subprocesos y actividades componentes se modifican en función de las innovaciones tecnológicas y la reformulación de los objetivos estratégicos;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2005-SA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, se aprobó el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la Mejora Continua de la Calidad en los Servicios y Establecimientos de Salud;

Que mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", al que se define como el conjunto de principios, recursos, procesos, métodos, técnicas e instrumentos diseñados para dirigir a la organización en la gestión de su política de calidad en salud y sus objetivos, así como de los procesos que la implementan y su finalidad es de contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

Que, asimismo el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad, es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal, depende de la Dirección General y tiene asignados objetivos funcionales, siendo uno de ellos literal a) Proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales;

Que, mediante documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad propone el Plan de Autoevaluación y Acreditación-2015; el mismo que ha sido revisado por la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, señalando que cumple con la estructura y parámetros de los formatos para la elaboración de Planes Nacionales; en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;



Estando a lo informado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y,

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Victor Larco Herrera", y;

De conformidad con lo previsto por el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.-** Aprobar el Documento Denominado: "PLAN DE AUTOEVALUACION Y ACREDITACION - 2015" del Hospital "Victor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (13) forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2º.-** La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Victor Larco Herrera", es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

**Artículo 3º.-** Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

**Artículo 4º.-** Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar el referido Documento Técnico en el portal de internet del Hospital "Victor Larco Herrera".

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"

.....  
Med. Cristina Eguiguren Li  
Directora General  
CMP 17899 RNE 8270

CAEL/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas
- Archivo.





# PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

**HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"**  
**OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**



**2015**



**ELABORADO POR:**

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

**COLABORADORES:**

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila  
Lic. Obsta. Susetty Milagros Bravo Seclén  
TAP. Esther Cáceres Barreto.

Personal de la OGC

Personal de la OGC

Personal de la OGC

**REVISADO POR**

Méd. Cristina Alejandrina Equiguren Li  
Directora General HVLH

Mag. Adm. Víctor Manuel Flores Castañeda  
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





## INDICE

|      |   |     |
|------|---|-----|
| I    | INTRODUCCION  | 4   |
| II   | FINALIDAD   | 4   |
| III  | BASE LEGAL  | 4-5 |
| IV   | GENERALIDADES   | 5   |
|      | VISION  | 5   |
|      | MISION  | 5   |
| V    | OBJETIVO GENERAL RELACIONADO A LA ACREDITACIÓN                | 5   |
|      | OBJETIVO GENERAL  | 5   |
| VI   | OBJETIVO DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN            | 5   |
|      | 6.1.OBJETIVO GENERAL  | 5   |
|      | 6.2.OBJETIVO ESPECÍFICO                                       | 5   |
|      | 6.3.ACTIVIDADES   | 6   |
| VII  | BIBLIOGRAFÍA  | 6   |
| VIII | ANEXOS  | 7   |
|      | ANEXO N° 01: GLOSARIO DE TÉRMINOS                             | 8-9 |
|      | ANEXO N° 02: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS | 10  |
|      | ANEXO N° 03: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS  | 11  |
|      | ANEXO N° 04: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN    | 12  |
|      | ANEXO N° 05: HOJA DE RECOMENDACIONES                          | 13  |







## I. INTRODUCCION

Dentro de los lineamientos de la Política Sectorial, se promueve como un derecho de condición indispensable del ser humano acceder a un servicio de salud de calidad, el cual no es una acción del momento, sino un proceso permanente con el compromiso de todos los involucrados que permita su sostenibilidad en el tiempo, en ese sentido, consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo de nuestra población.

El Plan de Autoevaluación y Acreditación - 2015 es un documento que señala los objetivos y actividades para la aplicación de la autoevaluación, fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, contando con evaluadores internos previamente formados (equipo institucional), quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación con categoría III-1, realizando una evaluación interna identificando el nivel de cumplimiento (aspectos que debilitan la oferta) y fortalezas (fortalecimiento de procesos) del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Para el desarrollo de este documento se ha tomado en cuenta los lineamientos de la Oficina de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) dentro de su eje de trabajo, siendo:

**EJE 1: GESTIÓN DE PROCESOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y LA ACREDITACIÓN** ha planteado en su objetivo específico 1.1: Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación y su objetivo específico 1.3: Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional, estrategias que permitirán que las organizaciones proveedoras de atención de salud asuman como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, cumplan las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria e implementen acciones de mejora de la calidad de la atención.

## II. FINALIDAD

Evaluar cada uno de los Macroprocesos contemplados en la categoría III- 1 del Hospital "Víctor Larco Herrera" y así garantizar las prestaciones de calidad a nuestros usuarios.

## III. BASE LEGAL

1. Ley Nº 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley Nº 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
3. Ley Nº 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
4. Ley Nº 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
5. Ley Nº 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
6. Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Decreto Legislativo Nº 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN)".





8. Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
9. Resolución Ministerial N° 519 – 2005/MINSA que aprueba el documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
10. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
11. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
12. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
13. Resolución Ministerial N° 270-2007/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

#### IV. GENERALIDADES

##### 4.1 Visión

“En el año 2016 el Hospital Víctor Larco Herrera será una institución competente en Psiquiatría y Salud Mental, con una organización administrativa- asistencial, integrada, ordenada, dinámica, funcional y efectiva, que se sustente en el trabajo de equipo interdisciplinario con enfoque comunitario y se oriente hacia el liderazgo en la atención especializada, docencia e investigación en Salud Mental de acuerdo a los estándares de calidad”

##### 4.2 Misión

“Brindar servicios especializados de la mejor calidad, de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en Psiquiatría y Salud Mental a la población en general”

#### V. OBJETIVO GENERAL RELACIONADO A LA ACREDITACIÓN

##### Objetivo General:

Fortalecer la calidad de atención al usuario del Hospital “Víctor Larco Herrera” a través de la optimización de procesos.

#### VI. OBJETIVOS DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

##### 6.1 Objetivo General del Plan de Autoevaluación y Acreditación:

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a la categoría III-1 del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

##### 6.2 Objetivo Específico:

**Objetivo Específico 1:** Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación.

**Objetivo Específico 2:** Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.







### 6.3 Actividades:

**Objetivo Específico 1:** Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación.

**Actividad 1.1:** Reconfiguración del Equipo de Autoevaluadores Internos.

**Actividad 1.2:** Capacitación del Equipo de Autoevaluadores Internos.

**Actividad 1.3:** Certificación del Equipo de Autoevaluadores Internos.

**Objetivo Específico 2:** Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.

**Actividad 2.1:** Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación y Acreditación 2015.

**Actividad 2.2:** Implementación de acciones de mejora en infraestructura y procesos de acuerdo a resultados de la Autoevaluación 2014.

**Actividad 2.3:** Monitoreo e Informe de las Implementaciones de acciones de mejora.

**Actividad 2.4:** Aplicación de la Autoevaluación en el Hospital.

**Actividad 2.5:** Identificar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la Autoevaluación 2015.

**Actividad 2.6:** Informe Semestral del Plan de Autoevaluación y Acreditación 2015.

### VII. BIBLIOGRAFÍA

1. [www.minsa.gob.pe/DGSP](http://www.minsa.gob.pe/DGSP)
2. [www.igss.gob.pe](http://www.igss.gob.pe)







# VIII. ANEXOS





**Estándares específicos:**

Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales

**Estándares genéricos:**

Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la prestación.

**Evaluación por pares:**

Procedimiento de evaluación opcional del proceso de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Tiene como finalidad contar con la opinión de evaluadores internos de otros establecimientos de salud de similar categoría, considerados pares. Su importancia está dada por el mejoramiento de la consistencia de la evaluación interna, como un paso previo a someterse a la evaluación externa, incrementando la oportunidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo para ser acreditado.

**Evaluación externa:**

Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en las fases anteriores, autoevaluación o evaluación por pares (opcional). Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial otorgada por el Ministerio de Salud o Resolución Presidencial otorgada por los Gobiernos Regionales.

**Guía del evaluador:**

Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizarla total objetividad.

**Informe Técnico de la Autoevaluación:**

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

**Informe Técnico de la Evaluación Externa:**

Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, incluyendo la opinión de calificación para la acreditación.

**Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación:**

Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe Técnico de la Evaluación Externa.

**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 macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.







| ANEXO N° 02   |              |                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
|---|--------------|----------------------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS  |              |                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" 2015  |              |                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| ACTIVIDADES   | META (anual) | UNIDAD               | MES |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | RESPONSABLE                         |
|   |              |                      | E   | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |                                     |
| <b>Objetivo Específico 1:</b> Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación.  |              |                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <b>Actividad 1.1:</b> Reconfiguración del Equipo de Autoevaluadores Internos  | 1            | R.D                  |     |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |   | Oficina de Gestión de la Calidad    |
| <b>Actividad 1.2:</b> Capacitación del Equipo de Autoevaluadores Internos.  | 2            | Informe              |     |   |   |   |   | X |   |   |   | X |   |   | Oficina de Gestión de la Calidad    |
| <b>Actividad 1.3:</b> Certificación del Equipo de Autoevaluadores Internos.   | 1            | Informe              |     |   |   |   |   |   |   |   |   | X |   |   | IGSS                                |
| <b>Objetivo Específico 2:</b> Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.   |              |                      |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                     |
| <b>Actividad 2.1:</b> Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación y Acreditación 2015.  | 1            | Plan aprobado con RD |     |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |   | Equipo de Autoevaluadores Internos. |
| <b>Actividad 2.2:</b> Implementación de acciones de mejora en infraestructura y procesos de acuerdo a resultados de la Autoevaluación 2014. | 5            | Acciones de Mejora   |     |   |   | X |   |   |   |   |   |   |   |   | Equipo de Autoevaluadores Internos. |
| <b>Actividad 2.3:</b> Monitoreo e Informe de las Implementaciones de acciones de mejora.  | 2            | Informe              |     |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   | X | Equipo de Autoevaluadores Internos. |
| <b>Actividad 2.4:</b> Aplicación de la Autoevaluación en el Hospital.   | 1            | Informe              |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X |   | Equipo de Autoevaluadores Internos. |
| <b>Actividad 2.5:</b> Identificar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la Autoevaluación 2015.                                 | 1            | Informe              |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | X | Equipo de Autoevaluadores Internos. |
| <b>Actividad 2.6:</b> Informe Semestral del Plan de Autoevaluación y Acreditación 2015.   | 2            | informe              |     |   |   |   |   | X |   |   |   |   |   | X | Oficina de Gestión de la Calidad    |





**ANEXO N° 03**  
**MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS**  
**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" 2015**

**Objetivo General:** Fortalecer la calidad de atención al usuario del Hospital "Víctor Larco Herrera" a través de la optimización de procesos

| ACTIVIDADES  | META<br>(anual) | UNIDAD DE<br>MEDIDA        | % METAS<br>LOGRADAS | OBSERVACIONES |
|--|-----------------|----------------------------|---------------------|---------------|
| <b>Objetivo Específico 1:</b> Fortalecer competencias en el Proceso de Acreditación.   |                 |                            |                     |               |
| <b>Actividad 1.1:</b> Reconfiguración del Equipo de Autoevaluadores Internos   | 1               | R.D                        |                     |               |
| <b>Actividad 1.2:</b> Capacitación del Equipo de Autoevaluadores Internos.   | 2               | Informe                    |                     |               |
| <b>Actividad 1.3:</b> Certificación del Equipo de Autoevaluadores Internos.  | 1               | Informe                    |                     |               |
| <b>Objetivo Específico 2:</b> Desarrollar el Proceso de Acreditación / Certificación Institucional.  |                 |                            |                     |               |
| <b>Actividad 2.1:</b> Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación y Acreditación 2015.   | 1               | Plan<br>aprobado<br>con RD |                     |               |
| <b>Actividad 2.2:</b> Implementación de acciones de mejora en infra-estructura y procesos de acuerdo a resultados de la Autoevaluación 2014. | 5               | Acciones de<br>Mejora      |                     |               |
| <b>Actividad 2.3:</b> Monitoreo e Informe de las Implementaciones de acciones de mejora.   | 2               | Informe                    |                     |               |
| <b>Actividad 2.4:</b> Aplicación de la Autoevaluación en el Hospital.  | 1               | Informe                    |                     |               |
| <b>Actividad 2.5:</b> Identificar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la Autoevaluación 2015.                                  | 1               | Informe                    |                     |               |
| <b>Actividad 2.6:</b> Informe Semestral del Plan de Autoevaluación y Acreditación 2015.  | 2               | informe                    |                     |               |







Anexo N° 04

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: Categoría III-1 - Hospital "Víctor Larco Herrera"

Fecha: \_\_\_\_\_

Macro-proceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Servicios evaluados:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Código del Estándar: \_\_\_\_\_

| Código de criterio de evaluación | Puntaje | Fuente auditable | Técnica utilizada | Sustento de puntaje/<br>Comentarios |
|----------------------------------|---------|------------------|-------------------|-------------------------------------|
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |
|                                  |         |                  |                   |                                     |

Firmas: \_\_\_\_\_



