

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 119-2016-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 31 de Marzo del 2016

Visto; la Nota Informativa N° 099-OGC-HVLH-2016, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, y ;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones 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 y servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", teniendo, entre otros objetivos, la de proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa; asimismo, establece el esquema para la elaboración del Plan de Autoevaluación, el mismo que debe ser elaborado por el Equipo Evaluador Seleccionado;



Que, mediante Resolución Directoral N° 051-2016-DG-HVLH de fecha 10 de febrero de 2016, se reconfirmó el Equipo de Evaluadores Internos del HVLH, para el cumplimiento al Proceso de Acreditación;

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 persona y tiene entre sus objetivos el de proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales;

Que, dentro de los lineamientos de la Política Sectorial, se promueve como un derecho de condición indispensable del ser humano acceder a un servicios de salud de calidad, en ese sentido, 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; por lo que, el presente proyecto de Plan de Autoevaluación Interna en un documento en la que señala los objetivos y actividades para la aplicación de la autoevaluación, fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación con Categoría III-1, que será utilizado por

parte del personal del "Equipo de Evaluadores Internos del HVLH para el cumplimiento al Proceso de Acreditación" para su evaluación e identificando el nivel de cumplimiento;

Que, en virtud de ello, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad propone el Plan de Autoevaluación del Hospital Víctor Larco Herrera; con la finalidad de hacer conocer el nivel de cumplimiento de los procesos y macroproceso de evaluación de las unidades prestadoras de salud, a fin de alcanzar los estándares de calidad para la acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera; asimismo, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, opina favorablemente, 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 el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera;

Con el visado del Director Adjunto, de la Directora de la Oficina Ejecutiva de Administración y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con las atribuciones señaladas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico Denominado: "Plan de Autoevaluación Interna para el cumplimiento al Proceso de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera -2016", el mismo que en documento adjunto a folios catorce (14), incluidos los anexos, forma parte integrante de la presente resolución.


Artículo 2°.- La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", es el responsable de la difusión e implementación del citado documento; asimismo, de elevar el Informe de Autoevaluación del acotado Plan.



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

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

Regístrese y Comuníquese

Instituto de Promoción y Desarrollo de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

"Med. Gladys Vargas Cajahuanda"
Directora General
CMB 24024 RNE 14213

GEVC/MYRV

Distribución:

- Dirección Adjunta
- Oficina Ejecutiva de Administración
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas
- Archivo.

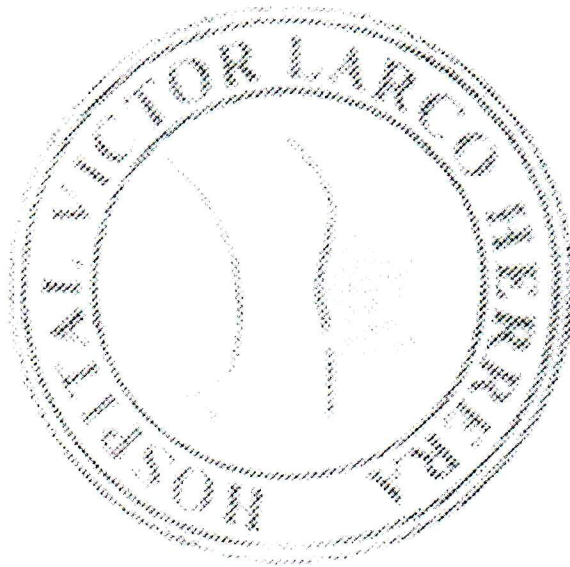


PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



2016





II. INDICE

I.	TITULO	1
-+	INDICE	2
II.		
III.	INTRODUCCIÓN	4
IV.	FINALIDAD	4
V.	OBJETIVO	4
	OBJETIVO GENERAL	4
	OBJETIVO ESPECIFICO	4
VI.	BASE LEGAL	5
VII.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
VIII.	CONTENIDO	5
	8.1 METODOLOGIA DE LA APLICACIÓN	5-7
IX.	RESPONSABILIDADES	8
	9.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN	8
	9.2. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	9
X.	ANEXOS	10
	ANEXO Nº 01: GLOSARIO DE TERMINOS	11-12
	ANEXO Nº 02: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	13
XI.	BIBLIOGRAFIA	14





EQUIPO DE ACREDITACIÓN

Directora General del HVLH
Coordinadora del Equipo de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera

Director Adjunto del HVLH
Directora Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración
Directora Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Jefe de la Oficina de Estadística e Informática
Jefa de la Oficina de Personal
Jefa de la Oficina de Logística
Jefe de la Oficina de Economía
Jefa de la Oficina de Comunicaciones
Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
Jefe del Departamento de Emergencia
Jefa del Departamento de Hospitalización
Jefe del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
Jefe del Departamento Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
Jefa del Departamento de Trabajo Social
Jefa del Departamento de Psicología
Jefa del Departamento de Farmacia
Jefa del Departamento de Adicciones
Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario
Jefa Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente
Jefa Departamento De Nutrición y Dietética
Jefa del Departamento de Enfermería
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Responsable del Equipo de Evaluadores Internos

Méd. Luis Arturo Vilchez Salcedo
Lic. Ángela Reyes Linares
Q.F Julissa Janet Rivera Aguirre
Ing. Jonny H. Choquehuanca Pacheco
Méd. Ana María Boza Huamaní
Lic. Patricia Canorio Álvarez
Méd. Augusto Felipe Vélez Marcial
Lic. Nelly Vásquez Delgado
Méd. Roger Alejandro Abanto Marín
Méd. Percy Ismael Prialé de la Peña
Lic. Zita Cjahuá Huanachi
Ps. Lourdes Mercedes López Moreno
Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez
Méd. Jean Pierre Lecaros Mora
Abog. Hipólito Castro Lázaro
Méd. Jorge Jacinto Heredia
Méd. Armando Torres Olivera





III. INTRODUCCIÓN

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 Evaluación Interna 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".

IV. FINALIDAD.

Conocer el nivel de cumplimiento de los procesos y macroprocesos de evaluación de las unidades prestadoras de salud, con la finalidad de alcanzar los estándares de calidad para la acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera.

Según los Lineamientos de la normativa vigente contemplado en la 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 y la Guía del Evaluadores para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

El Listado de Estándares de Acreditación aplicados será de la categoría III-1 correspondiente a Hospitales.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Objetivo Específico 2: Desarrollar el Proceso de Autoevaluación.

Objetivo Específico 3: Determinar los criterios débiles para su intervención mediante acciones de mejoramiento.





VI. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
3. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
4. Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
5. Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
7. Decreto Legislativo N° 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.
14. Resolución 051-2016-DG-HVLH, reconforma el equipo de evaluadores interés 2016.

VII. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación a todos las Direcciones, departamentos, oficinas y servicios del hospital

VIII. CONTENIDO:

8.1 METODOLOGÍA DE LA EVALUACION

a) RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Listado de Estándares de Acreditación categorías de I-1 al III-1
- Guía del Evaluadores para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hoja de Registro de datos para Autoevaluación.





- Aplicativo Informático para el registro y procesamiento de resultados.

b) CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN.

- Integrado por cada Director, Jefe de las diferentes Direcciones, Departamentos y Oficinas del Hospital

Directora General del HVLH

Coordinadora del Equipo de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera

Director Adjunto del HVLH

Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración

Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Jefe de la Oficina de Estadística e Informática

Jefe de la Oficina de Personal

Jefa de la Oficina de Logística

Jefe de la Oficina de Economía

Jefa de la Oficina de Comunicaciones

Jefe de la Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento

Jefe del Departamento de Emergencia

Jefa del Departamento de Hospitalización

Jefe del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia

Jefe del Departamento Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria

Jefa del Departamento de Trabajo Social

Jefa del Departamento de Psicología

Jefa del Departamento de Farmacia

Jefa del Departamento de Adicciones

Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario

Jefa Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente

Jefa Departamento De Nutrición y Dietética

Jefa del Departamento de Enfermería

Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

c) CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- Listado Oficial aprobado con Resolución Directoral N° 051-2016-DG-HVLH

Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela

Responsable del Equipo de Evaluadores Internos

Méd. Luis Arturo Vilchez Salcedo

Lic. Ángela Reyes Linares

Q.F Julissa Janet Rivera Aguirre

Ing. Jonny H. Choquehuanca Pacheco

Méd. Ana María Boza Huamani

Lic. Patricia Canorio Álvarez

Méd. Augusto Felipe Vélez Marcial

Lic. Nelly Vásquez Delgado





Méd. Roger Alejandro Abanto Marín
Méd. Percy Ismael Prialé de la Peña
Lic. Zita Cjahuá Huanachi
Ps. Lourdes Mercedes López Moreno
Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez
Méd. Jean Pierre Lecaros Mora
Abog. Hipólito Castro Lázaro
Méd. Jorge Jacinto Heredia
Méd. Armando Torres Olivera

d) PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LAS PERSONAS 2016

Aprobado con Resolución Directoral N° 063-2016-DG-HVLH.

e) COMUNICACIÓN DEL INICIO DE AUTOEVALUACIÓN

Después de la aprobación del presente Plan.

f) PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

Elaborado en el presente plan

g) PRESENTACIÓN DEL INFORME DE AUTOEVALUACIÓN

Culminado el proceso de autoevaluación se digitalará los datos en el aplicativo para el registro, procesamiento de resultados.





IX. RESPONSABILIDADES
9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

RESPONSABLE DE EQUIPO DE EVALUADORES	GRUPO	EVALUADORES INTERNOS	MACROPROCESO	ABRIL 2016										
				Lunes 04	Martes 05	Miércoles 06	Jueves 07	Viernes 08	Lunes 11	Martes 12	Miércoles 13	Jueves 14	Viernes 15	
Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela	GRUPO A	Méd. Luis Arturo Vilchez Salcedo Lic. Ángela Reyes Linares	MP4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN	X	X									
	GRUPO B	Q.F Julissa Janet rivera Aguirre Ing. Jonny H. Choquehuanca Pacheco	MP3: GESTION DE LA CALIDAD MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL		X	X								
	GRUPO C	Méd. Ana María Boza Huamani Lic. Patricia Canorio Alvarez	MP6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN MP7: ATENCIÓN AMBULATORIA			X	X							
	GRUPO D	Méd. Augusto Felipe Vélez Marcial Lic. Nelly Vásquez Delgado	MP13: APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MP14: ADMISIÓN Y ALTA MP18: ESTERILIZACIÓN, LAVANDERÍA Y LIMPIEZA				X	X						
	GRUPO E	Méd. Roger Alejandro Abanto Marin Méd. Percy Ismael Priale de la Peña	MP1: DIRECCIONAMIENTO MP2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS					X	X					
	GRUPO F	Lic. Zita Cjahuá Huanachi Ps. Lourdes Mercedes López Moreno	MP5: EMERGENCIAS Y DESASTRES P16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS MP21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES							X	X			
	GRUPO G	Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez Méd. Jean Pierre Lecaros Mora	MP9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN MP20: MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES								X	X		
	GRUPO H	Abog. Hipólito Castro Lázaro Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela	MP12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN MP22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA									X	X	
	GRUPO I	Méd. Jorge Jacinto Heredia Méd. Armando Torres Olivera	MP10: ATENCIÓN DE EMERGENCIAS MP17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN										X	X

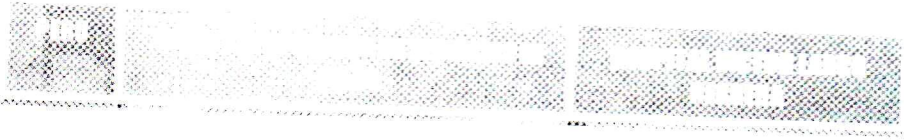


9.2. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Responsable del Equipo de Evaluadores Internos

Méd. Luis Arturo Vilchez Salcedo
Lic. Ángela Reyes Linares
Q.F Julissa Janet Rivera Aguirre
Ing. Jonny H. Choquehuanca Pacheco
Méd. Ana María Boza Huamani
Lic. Patricia Canorio Álvarez
Méd. Augusto Felipe Vélez Marcial
Lic. Nelly Vásquez Delgado
Méd. Roger Alejandro Abanto Marín
Méd. Percy Ismael Prialé de la Peña
Lic. Lic. Zita Cjagua Huanachi
Ps. Lourdes Mercedes López Moreno
Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez
Méd. Jean Pierre Lecaros Mora
Abog. Hipólito Castro Lázaro
Méd. Jorge Jacinto Heredia
Méd. Armando Torres Olivera





X. ANEXOS





ANEXO N° 01

GLOSARIO DE TÉRMINOS

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.

Atención de salud:

Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Atributos de calidad:

Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles deseados.

Autoevaluación:

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el 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.

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.

Estándar de estructura:

Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de proceso:

Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de resultado:

Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.





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 garantizar la 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 Nº 02

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

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

Fecha: _____

Macroproceso: _____

Evaluador(es): _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Servicios evaluados:

1. _____
2. _____
3. _____

Participantes de la evaluación:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento de puntaje/ Comentarios	Observaciones	Recomendaciones

Firmas: _____





XI. **BIBLIOGRAFIA.**

- 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.
- 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.

