

PAG-WSA

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 159-2017-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 25 de octubre 2017

Visto; la Nota Informativa N° 211-2017-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

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 término 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 "Normas Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" modificada por la Resolución Ministerial N°072-2008/MINSA y Resolución Ministerial N° 537-2008/MINSA, 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 brinda 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° 033-2017-DG-HVLH de fecha 15 de febrero de 2017, se conformó el Equipo de Evaluaciones Interno 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 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 de la persona y tiene entre sus objetivo 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 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(Anexo N° 02), que será utilizado por parte del personal el "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 ellos, 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 macro proceso de evaluación de las unidades prestadoras de salud, a fin de alcanzar los estándares de calidad para la acreditación del Hospital "Víctor Larco Herrera"; en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de las 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 1º.- Aprobar el Documento Denominado: "**PLAN DE AUTOEVALUACION - 2017**" del Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios (16) forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor 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 "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Noemi Angeliza Collado Guzman
Directora General (e)
C.M.P. 17783 R.N.E. 7718

NACG/MYRV/AESG

Distribución:

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



PERU

MINISTERIO
DE SALUD

INSTITUTO
NACIONAL DE PROMOCIÓN Y
DEFENSA DE LA SALUD



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



2017



II. INDICE

I.	TITULO	1
II.	INDICE	2
III.	INTRODUCCIÓN	3
IV.	FINALIDAD	3
V.	OBJETIVO	3
	OBJETIVO GENERAL	3
	OBJETIVO ESPECIFICO	3
VI.	BASE LEGAL	4
VII.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
VIII.	CONTENIDO	4-6
	8.1 METODOLOGIA DE LA APLICACIÓN	
IX.	RESPONSABILIDADES	7
	9.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN	7
X.	ANEXOS	8
	ANEXO Nº 01: GLOSARIO DE TERMINOS	9-10
	ANEXO Nº 02: HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	11
XI.	BIBLIOGRAFIA	12





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 capacitados (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: Gestión de procesos para la certificación y acreditación

- 1.1 Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 1.2 Fortalecer competencias en Gestión por Procesos
- 1.3 Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación / Certificación Institucional.
- 1.4 Contar con Procesos normalizados y eficientes que respondan a las necesidades del usuario externo acorde a la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.



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 Directoral N° 033-2017-DG-HVLH, que conforma el Comité de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera 2017.

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

Director 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

Jefa de la Oficina de Economía

Jefe de la Oficina de Comunicaciones

Jefe de la Oficina de la Gestión de la Calidad

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

Jefa 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 Nº 033-2017-DG-HVLH

Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela

Responsable del Equipo de Evaluadores Internos

Méd. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso

Méd. Ana María Boza Huamaní

Méd. Roger Alejandro Abanto Marín

Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez

Méd. Leonardo Rodríguez Monzón

Méd. Jorge José Jacinto Heredia





PERU



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Méd. Armando Torres Olivera
Méd. Juana Isabel Villa Morocho
Q.F. Julissa Janet Rivera Aguirre
Ing. Ind. Jonny Humberto Choquehuanca Pacheco
Lic. Ps. Lourdes Mercedes López Moreno
Lic. T.S. María Patricia Canorio Alvarez
Lic. Nut. Nelly Vásquez Delgado de Rentería
Lic. Enf. Zita Silvia Cjahuá Huanachi
Lic. Adm. Clorinda Ríos Escobedo
Abog. Hipólito Oswaldo Castro Lázaro
Bach. Contabilidad Santiago Valdemar Castillo Montoya

d) PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2017

Aprobado con Resolución Directoral N° 021-2017-DG-HVLH, de fecha 02FEB2017.

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.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

IX. RESPONSABILIDADES

9.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2017

GRUPO	EVALUADORES INTERNOS	MACROPROCESO	Noviembre - 2017													
			Jue 02	Vie 03	Lun 06	Mar 07	Mie 08	Jue 09	Vie 10	Lun 13	Mar 14	Mie 15	Jue 16			
GRUPO A	Méd. Leonardo Rodríguez Monzón Lic. Adm. Clorinda Ríos Escobedo	MP4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN MP3: GESTIÓN DE LA CALIDAD	X	X												
GRUPO B	Q.F. Julissa Janet Rivera Aguirre Ing. Jonny H. Choquehuanca Pacheco	MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL		X	X											
GRUPO C	Méd. Ana María Boza Huamani Lic. Patricia Canorio Álvarez	MP6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN MP7: ATENCIÓN AMBULATORIA			X	X										
GRUPO D	Méd. Carlos Eduardo Palacios Valdivieso Lic. Nelly Vásquez Delgado	MP13: APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MP18: ESTERILIZACIÓN, LAVANDERÍA Y LIMPIEZA				X	X									
GRUPO E	Méd. Roger Alejandro Abanto Marín Méd Carlos Salgado Valenzuela	MP1: DIRECCIONAMIENTO MP2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS					X	X								
GRUPO F	Lic. Lic. Zita Cjahua Huanachi Méd. Juana Isabel Villa Morocho	MP5: EMERGENCIAS Y DESASTRES MP16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS						X	X							
GRUPO G	Méd. Elizabeth Magdalena Rivera Chávez Méd Carlos Salgado Valenzuela	MP9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN MP20: MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES							X	X						
GRUPO H	Abog. Hipólito Castro Lázaro Méd Carlos 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				
GRUPO J	Méd. Leonardo Rodríguez Monzón Bach. Cont. Santiago Valdemar Castillo Montoya	MP14: ADMISIÓN Y ALTA MP21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES											X	X		X



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

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 servicios médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

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: _____

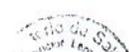
1. _____
2. _____
3. _____

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 Nº 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial Nº 270-2007/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

