



Dirección General



RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 428-2012-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 10 de diciembre de 2012.

Visto; la Nota Informativa Nº 216-OGC-HVLH-2012, emitido por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Nota Informativa Nº 140-OEPE/HVLH-2012;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº519-2006/MINSA, de fecha 30 de Mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es contribuir al fortalecimiento de los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, que busquen la satisfacción de los usuarios;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº456-2007/MINSA y Nº 777-2007/MINSA, se aprueba la NTS Nº050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", con la finalidad de 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 cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, la Norma Técnica citada en el considerando precedente establece que la Acreditación es una herramienta para la sostenibilidad de mejora de la calidad de atención al usuario y un proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria; para determinar si cumple con requisitos orientados a mejorar la calidad de atención que implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, agrupados según macroprocesos de orden gerencial, asistencial y de apoyo, orientados a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo; ;

Que, en dicho contexto, corresponde al Hospital "Víctor Larco Herrera", entidad del Ministerio de Salud a realizar el proceso de acreditación como establecimiento de atención especializada;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 043-2012-DG-HVLH de fecha 13 de febrero de 2012, se recompone el Equipo de Acreditación Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que ha elevado el Plan de Autoevaluación para Acreditación 2012;

Con el visto bueno del Director Adjunto, de la Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera";y,

De conformidad con Resolución Ministerial Nº519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Resolución Ministerial Nº456-2007/MINSA, que aprueba la NTS Nº050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y Resolución Ministerial Nº 132-2005/MINSA, que aprueba el





Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera y en uso de las facultades conferidas;



SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar con eficacia anticipada al 03 de diciembre de 2012, el **PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2012-HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**, el mismo que consta de siete (7) páginas que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2º.- 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 "Victor Larco Herrera"

Med. Cristina Espiguelen Li
Directora General
C.M.P. 17899 - R.N.E. 8270

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ministerio De Salud
Hospital "Victor Larco Herrera"
Documento Autenticado
Matilde Maritza Tubilla Flores
Sra. Matilde Maritza Tubilla Flores
Fedataria
Reg. N° 4.112 Fecha 12/12/12



CAEL/JRSG/AECHY/MYRV.

Distribución:

- Dirección Adjunta
- Oficina Ejec. de Administración
- Oficina Ejec. de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Equipo de Acreditación Institucional
- Oficina de Comunicaciones



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2012 HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"



Elaborado por Equipo de Evaluadores Internos-
Oficina de Gestión de la Calidad.





INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	3
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. ALCANCES	4
IV. BASE LEGAL	4
V. OBJETIVOS	5
VI. METODOLOGÍA	5
VII. EQUIPO DE EVALUADORES	6
VIII. PROGRAMACIÓN	7





I.- INTRODUCCIÓN

Las Instituciones de Salud tienen el deber de brindar la mejor atención, en el marco de los estándares de calidad y seguridad nacionales e internacionales. El MINSA desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la calidad en Salud teniendo como pilar la mejora continua de la calidad en el corto, mediano y largo plazo.

El contexto actual en el que se desenvuelven las diferentes prestaciones de servicios en salud a nivel nacional obliga a los prestadores a realizar el esfuerzo para implementar en los establecimientos de salud una mejora en los procesos y procedimientos.

La Acreditación constituye una herramienta importante para la mejora de la calidad de atención al usuario, al tener en cuenta sus necesidades y preferencias garantizando y haciendo sostenible la mejora de los diferentes procesos con un enfoque humano y social.

El Hospital Víctor Larco Herrera ha asumido este reto que se inicia con la Autoevaluación como primera fase obligatoria en el proceso de implementación y validación de la Acreditación en el sector salud lo cual asegura que la organización tenga un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento continuo de la calidad. Este modelo incluye, además de la autoevaluación de carácter obligatorio, una evaluación externa, necesarias para adquirir la condición de Hospital Acreditado.

II.- JUSTIFICACIÓN

Siendo la Acreditación un proceso de evaluación periódica y el objetivo del Sistema de Gestión de la Calidad el mejorar la calidad de los servicios, en sus diferentes componentes a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos y la propia organización, es que se hace necesaria la implementación de la Autoevaluación en el HVLH por ser además un proceso de carácter obligatorio previo a la Acreditación.

Nuestro hospital, establecimiento de salud del MINSA, categorizado como Nivel III1 que busca categorizar como Nivel de Complejidad III E, viene implementando mejoras de la calidad en las áreas asistenciales y administrativas, enmarcadas dentro del Plan de Gestión 2012-2015 con la perspectiva de desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basada en la Calidad para lo cual la Acreditación es herramienta clave en la mejora institucional que llevará a superar nuestras deficiencias necesarias para el aseguramiento progresivo de nuestra población que se logrará con la implementación del Aseguramiento Universal en Salud y





contribuyendo al mejoramiento continuo de la Calidad mediante la mejora de los procesos asistenciales y administrativos.

Así, este Plan responde a la necesidad de desarrollar el Proceso de Autoevaluación en respuesta de las necesidades institucionales y de los usuarios.

III.- ALCANCE:

El alcance de la Aplicación de este Plan de Autoevaluación del HVLH comprende todos los servicios, departamentos y oficinas del HVLH que ejercen funciones contenidas en los Macro-procesos del Manual de Estándares de Acreditación.

IV.- BASE LEGAL:

- 4.1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- 4.2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- 4.3. D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba en el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- 4.4. Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- 4.5. Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- 4.6. Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- 4.7. Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
- 4.8 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 4.9. R.M. N° 519-2006/MINSA DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 4.10 R.M. N° 703-2006/ MINSA "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N° 050-MINSA/DGSPV. 01
- 4.11 R. M. N° 456-2007/ MINSA 5 de junio del 2007. NTS N° 050-MINSA/DGSPV. 02
- 4.12 Ley N° 29737 que Modifica el Artículo 11 de la Ley General de Salud N° 26842
- 4.13 R. D. N° 043-2012. DG-HVLH. Composición del Equipo de Acreditación en el HVLH
- 4.14. RD N|275-2012-DG-HVLH. Aprueba el Plan de Gestión del Hospital Víctor Larco Herrera.



V.- OBJETIVOS:

a) OBJETIVOS GENERALES

Aprobar con un puntaje mayor a 80% de la autoevaluación en la Aplicación de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y el listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de Salud con Categoría III-E y Servicios Médicos de Apoyo.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Verificar el alcance de los criterios de evaluación para la Acreditación del HVLH
- Verificar el grado de cumplimiento de la lista de Estándares la Acreditación para establecimientos de Salud con Categoría III E y Servicios Médicos de Apoyo.
- Contribuir a la mejora de la organización del HVLH a través de la identificación de las áreas por mejorar y proponer acciones de mejora planificadas así como el seguimiento de los procesos realizado.

VI.- METODOLOGÍA

La autoevaluación estará a cargo del Equipo de Evaluadores Internos verificando, aplicando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud de nuestro establecimiento.

Los evaluadores Internos trabajarán en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad y el Equipo de Acreditación del Hospital del HVLH:

- Reunión para la elaboración del plan
- Identificación de macro- procesos para cada servicio
- Difusión del Listado de Estándares de Acreditación a ser empleados en la Evaluación por parte del Equipo de Acreditación.
- Revisión de las referencias normativas institucionales y sectoriales.
- Conformación del equipo y/o responsables por cada macroproceso
- Presentación del Plan a la Alta Dirección.
- Visita de las instalaciones de las oficinas y jefaturas por parte del equipo evaluador
- Desarrollo de la Autoevaluación a través de las Técnicas de Evaluación (Observación, Verificación, encuesta, Entrevista, Muestreo, Auditoria)
- Reunión de Cierre
- Elaboración del informe final.



VII.- EQUIPO EVALUADOR

1. Md. Walter Contreras J.
2. Md. Jorge Jacinto Heredia
3. Md. Abel Pajuelo Romero
4. Md. Walter Espinoza Cuestas
5. Md. Alvaro Velasquez A.
6. Md. Percy Priale de la Peña
7. Odont. Javier Peña Babilonia
8. Lic. Nelly Vásquez Delgado
9. Lic. Rosa Radas Aranda
10. Lic. Vicky Pohl Ortiz
11. Md. Elmer Ranilla Collado
12. Lic. Dina Urquiza Villenas
13. Lic. Carmen Colán Armas
14. Lic. Teresa Vargas Palomino

VIII. PROGRAMACION





MACROPROCESOS	TIEMPO ESTIMADO PARA RECOLECCION Y ANALISIS	FECHAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	EVALUADORES
Direccionamiento Gestión de recursos humanos Gestión de la calidad	5 días	3 y 4 de Diciembre	Md. Jorge Jacinto Heredia Lic. Virginia Pohl Ortiz
Manejo de riesgo de la atención	5 días	3 y 4 de Diciembre	Md. Walter Espinoza Cuestas Md. Percy Prialé de la Peña
Gestión de seguridad ante desastres Control de la gestión y prestación Atención ambulatoria Atención Extramural	5 días	3 y 4 de Diciembre	Md. Elmer Ranilla Collado Lic. Dina Urquiza Villenas
Atención de hospitalización Atención en Emergencia Atención quirúrgica	5 días	3 y 4 de Diciembre	Md. Walter Contreras J. Carmen Colán Armas
Docencia e investigación Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Admisión y alta Referencia y contrarref.	5 días	3 y 4 de Diciembre	Lic. Rosa Radas Aranda Teresa Vargas Palomino
Gestión de medicamentos Gestión de la información Descontaminación, Limpieza y Desinfección Manejo del riesgo social	5 días	3 y 4 de Diciembre	Md. Abel Pajuelo Romero Lic. Nelly Vásquez Delgado
Gestión de insumos y materiales Gestión de equipos e infraestructura Nutrición y dietética	5 días	3 y 4 de Diciembre	Odont. Javier Peña Babilonia Md. Alvaro Velasquez A

