



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 178-CE/2023-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 17 de Agosto del 2023

VISTO:



Expediente N° 00005058, Nota Informativa N° 609-08/2023-UGC-HCLLH/MINSA, con fecha 07 de agosto de 2023, Informe Técnico N° 50-08/2023-PE-OPE-HCLLH, con fecha 08 de agosto de 2023. Proveído N° 0208-08/2023-OPE-HCLLH/MINSA, con fecha 09 de agosto de 2023 y el Informe N° 0258-2023-AJ-HCLLH/MINSA, y;

CONSIDERANDO:



Que, el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establecido en la Ley N° 26842- Ley General de Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad de la guía del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;



Que, mediante Resolución Directoral N° 219-12/2020-HCLLH/SA, que aprueba la Directiva N° 009-HCLLH-2020/OPE "Directiva para la elaboración de planes de trabajo y planes de acción V.01 del HCLLH, cuya finalidad es lograr sistematizar la elaboración de los planes de trabajo, que se encuentren establecidos de acuerdo a las normas vigentes, para fortalecer las actividades, reducir las debilidades orientándose al sentido de la planificación y organización;



Que, mediante Proveído N°0208-08/2023-OPE-HCLLH/MINSA, con fecha 09 de agosto de 2023, la Jefa de Oficina de Planeamiento Estratégico hace suyo en todos sus extremos el Informe Técnico N° 050-08/2023-PE-OPE-HCLLH/MINSA emitido por la Coordinadora de Equipo de

Planeamiento, en el cual otorga Opinión favorable solicitando su aprobación. Cabe señalar que el citado Plan cuenta con normativa legal especializada vigente y sus fines y objetivos coadyuvan con las funciones de la entidad en beneficio de la población;

Que, el Plan de Autoevaluación para la Acreditación en el Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"-2023, el cual tiene por objetivo contribuir a garantizar que el Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz", cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos de categoría II-2, orientada siempre a maximizar la satisfacción de nuestros usuarios;

Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8, literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA, y la Resolución Ministerial N° 825-2022 de fecha 14 de Octubre del 2022, que designa al MC José Antonio Mendoza Rojas las funciones de Director del Hospital II de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Con las visaciones de el Jefe de la Oficina de Administración, el Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y de Asesoría Legal de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

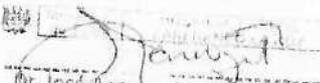
SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN EN EL HOSPITAL " CARLOS LANFRANCO LA HOZ" – 2023, que como anexo forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- DISPONER que "La Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", realicen la implementación, aplicación y supervisión del plan aprobado con la presente resolución.

ARTÍCULO 3º.- ENCARGAR al responsable de la administración y actualización del portal de transparencia estándar, efectuar la publicación de la presente resolución en la página web del "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


Dr. José Antonio Mendoza Rojas
CMP 30001016311673
Director Ejecutivo



JAMR/JDNM/FCR/HASV

DISTRIBUCIÓN:

- () Oficina de Administración
- () Oficina de Planeamiento Estratégico
- () Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
- () Asesoría Legal
- () Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- () Archivo



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

PLAN DE AUTOEVALUACION
PARA LA ACREDITACION

2023



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



BICENTENARIO DEL PERU 2021 - 2024





INDICE

I. INTRODUCCION	3
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS	4
3.1 Objetivo General	4
3.2 Objetivos Especificos	4
IV. ÁLCANCE	5
V. BASE LEGAL	5
VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN	6
VII. ACTIVIDADES PROPUESTAS	9
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	11
IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	13



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





I. INTRODUCCION

Según NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, la cual regula el proceso de acreditación siendo uno de los primeros pasos la autoevaluación la cual constituye la etapa fundamental y obligatoria, que consiste en evaluar el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares, cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente hacia el objetivo.

La acreditación es un proceso basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de salud en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Su finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud de los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos. La acreditación se rige por los principios de universalidad, unidad gradualidad y confidencialidad.

La Acreditación es un mecanismo de evaluación de calidad de los servicios de salud, cuyo objetivo es comprobar que un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con estándares definidos que brindan calidad y seguridad en la atención de salud y que generen ciclos de mejoramiento continuo.

En este contexto, el presente "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2023", contiene los objetivos y actividades a desarrollarse para llevar a cabo este proceso, siguiendo la metodología normada por el Ministerio de Salud, tanto la aplicación de manuales e instrumentos y el Listado de Estándares de Acreditación correspondiente a la Categoría II-2.

Es importante señalar que los estándares del proceso de acreditación se orientan a la mejora del proceso y al resultado de la atención directa al usuario y evalúan a la institución en forma integral. En este caso se tiene que evaluar los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo; cada macroproceso cuenta con estándares y cada estándar tiene criterios preestablecidos.



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





II. JUSTIFICACIÓN

El presente Plan de Evaluación Interna, establece un cronograma de actividades a desarrollar por la cual la participación de los Evaluadores Internos será fundamental, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para recomendar mejoras y toma de decisiones que permita traducir en proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Es preciso recordar que, el proceso de Autoevaluación ha sido considerado como parte de los Compromisos de Mejora de los Servicios a cumplir del Convenio de Gestión 2023, establecido en el Decreto Supremo N°0021-2023-SA, en la ficha N° 30: "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud".

Además, la información encontrada en las diferentes estancias se constituirá en fuentes de verificación y valoradas para emitir el Informe Técnico de Autoevaluación, el mismo que será dirigido al titular de la entidad para su conocimiento y toma de decisiones, posteriormente serán socializadas con los trabajadores del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz a fin de impulsar mayor compromiso.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Contribuir a garantizar que el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, cuenta con capacidad para brindar prestaciones de calidad mediante el cumplimiento de estándares nacionales definidos para establecimientos de categoría II-2, orientada siempre a maximizar la satisfacción de nuestros usuarios.

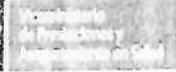
3.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer el diseño organizacional y operacional, que permita llevar a cabo el proceso de Autoevaluación Institucional, en cumplimiento a lo establecido en la normativa.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación, que permita la identificación de oportunidades de mejora que afecten positivamente la calidad de los servicios a los usuarios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para
mujeres y hombres
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

- Facilitar la toma de decisiones gerenciales, al contarse con evidencia objetiva, que permita la formulación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de calidad.

IV. ÁLCANCE

El presente Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2023, es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud y sus modificaciones.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.2 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo", Anexo 8.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03: Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA/SA que aprueba el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Administrativa N° 160-2019-MINSA/DIRIS-LN/6 el 13 de noviembre del 2019, que otorga la Categoría II-2: Hospital de Atención General, al Establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- Decreto Supremo N° 021-2022-SA, que aprueba los Criterios Técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





Política Integral de Compensaciones y Entregas económicas del personal de salud al servicio del estado.

- RD N°028-02/2023-DE-HCLLH, aprueba la DA N°001-HCLLH/OPE-2023 "Directiva Administrativa para la elaboración, aprobación, registro y control de documentos normativos institucionales del HCLLH"
- Resolución Directoral N° 37-02/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2023
- Resolución Directoral N° 87-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2023.
- Resolución Directoral N° 090-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para el año 2023.

VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

- 6.1 El Proceso de Autoevaluación se realizará a través del Equipo de Evaluadores Internos, el cual realizará la verificación objetiva de la implementación de las políticas nacionales y sectoriales en Salud en los procesos desarrollados en el Hospital, con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas.
- 6.2 El Equipo de Evaluadores Internos empleará como instrumento de evaluación el Listado de Estándares de Acreditación, del cual por ser un establecimiento de nivel II-2, corresponde evaluar 21 macroprocesos, 71 estándares y 341 criterios de evaluación.
- 6.3 Para el cumplimiento y adecuado desarrollo del proceso de evaluación de los estándares, se asignará responsables por macroprocesos. Durante el periodo de ejecución, la metodología de trabajo será la siguiente:
 - La evaluación se realizará mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
 - La aplicación de la Lista de Estándares se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue para el sustento de cada criterio a evaluarse.



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo del evaluador líder y equipo de acreditación.
- La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Finalmente, el Equipo de Acreditación hará la presentación de los resultados ante autoridades del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

6.4 El Equipo de Evaluadores utilizará las siguientes técnicas de verificación y evaluación:

- **Verificación/revisión de documentos:** Permite analizar los registros e informes del establecimiento de salud.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Así, también se trata de observar el entorno.
- **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.5 El equipo de evaluadores consignará los hallazgos en la hoja de registro de datos para la Autoevaluación y hoja de recomendaciones, a las cuales otorgará la calificación de 0, 1 o 2.

6.6 Posteriormente a la evaluación del Listado de estándares de acreditación, el Líder del Equipo de Evaluadores Internos ingresará los puntajes obtenidos en el aplicativo "Acreditación del Ministerio de Salud", a fin de obtener el puntaje del proceso.



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





- 6.7 Finalmente, el equipo de evaluadores internos realizará el informe técnico del proceso, el cual deberá tener el siguiente formato: a) Presentación; b) Objetivos; c) Alcance; d) Metodología de evaluación; e) Equipo evaluador; f) Cumplimiento del Plan; g) Observaciones; h) Puntaje alcanzado; i) Recomendaciones; j) Anexos.
- 6.8 el informe técnico de autoevaluación se remitirá a la Dirección Ejecutiva, al MINSA, a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, así como también, a las oficinas y servicios del hospital.
- 6.9 Los resultados de la evaluación externa se calificarán como sigue:
- a) Acreditado: Calificación igual o mayor a 50% del cumplimiento de los estándares.
 - b) No acreditado: Menos del 50% del cumplimiento de los estándares.
- 6.10 La implementación de mejoras en base a los resultados obtenidos estará a cargo del Equipo de Acreditación, quienes harán uso de la matriz de selección de acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
- 6.11 La Unidad de Gestión de la Calidad será quién organice las reuniones de Apertura y de Cierre.
- **Reunión de Apertura:** Espacio de Coordinación con la Alta Dirección y las Jefaturas de las Unidades Orgánicas / áreas de trabajo para presentar los objetivos de la evaluación, al equipo de evaluadores internos, confirmar el Plan de Autoevaluación, establecer fecha y hora de reunión de cierre, definir el proceso de presentación del informe técnico de autoevaluación, precisar los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar el espacio físico para el equipo evaluador.
 - **Reunión de Cierre:** Espacio de presentación de los resultados de la autoevaluación, liderado por el evaluador líder, quien tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión, y en donde cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas y dan la retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, propiciándose la oportunidad para intercambiar puntos de vista o explicaciones y presentar los sustentos respectivos. Al finalizar la misma, debe acordar la fecha de entrega de informe técnico y consignar todos los aspectos descritos en un acta de reunión.



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





VII. ACTIVIDADES PROPUESTAS

Las actividades y/o tareas propuestas para llevar a cabo el proceso de Autoevaluación 2023 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz son las siguientes:

OE.1: Fortalecer el diseño organizacional y operacional que permita llevar a cabo el proceso de autoevaluación institucional, en cumplimiento de lo establecido en la normativa.

1. Actualización de la conformación del equipo de acreditación y del equipo de evaluadores internos del HCLLH, 2023.
2. Realización de asistencias técnicas y entrenamiento, según corresponda, al equipo de acreditación institucional y equipo de evaluadores internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.
 - Reunión de instalación: planificación del proceso, designación del evaluador líder y responsables de macroprocesos.
 - Revisión del listado de estándares por macroproceso, para el análisis de los criterios a evaluar correspondiente al nivel II-2.
3. Elaboración y presentación del Plan de Autoevaluación Institucional 2023, que contenga metodología, documentos e instrumentos que faciliten su operatividad de los criterios de evaluación.
 - Difusión del Plan de Autoevaluación 2023 (Cronograma)
4. Reunión de apertura.
5. Interacción con los Jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/ áreas involucrados en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.
6. Comunicación oficial al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de autoevaluación.

OE. 2: Desarrollar el proceso de autoevaluación, que permita la identificación de oportunidades de mejora que afecten positivamente la calidad de los servicios a los usuarios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

1. Aplicación del listado de estándares en acreditación.
2. Consolidación de informes parciales.
3. Digitación y procesamiento de datos (Aplicativo en Excel)
4. Análisis e interpretación de los resultados.





5. Elaboración del informe preliminar.
6. Retroalimentación de los evaluados.
7. Reunión de Cierre.
8. Remisión de los resultados finales (anexo 2 y 4)
9. Elaboración y presentación del informe técnico de la autoevaluación 2023
10. Presentación del informe técnico de autoevaluación 2023 a MINSA y a DIRIS Lima Norte.

OE.3: Facilitar la toma de decisiones gerenciales, al contarse con evidencia objetiva, que permita la formulación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de calidad.

1. Presentación de propuestas de mejoras a las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Institución en base a las observaciones o incumplimiento de criterios según resultados obtenidos.
2. Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	Cronograma 2023												RESPONSABLES	
			May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	2024					
Actualización de la conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH, 2023	Resolución Directoral	1	X													Dirección Ejecutiva
Actualización de la conformación del equipo de evaluadores internos del HCLLH, 2023	Resolución Directoral	1	X													Dirección Ejecutiva
Realización de asistencias técnicas y entrenamiento, según corresponda, al Equipo de Acreditación Institucional y Equipo de Evaluadores Internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.	Acta	2		X							X					UGC / Eq. Acreditación/ Evaluador líder
Reunión de instalación, planificación del proceso, designación del evaluador líder y responsables de macroprocesos	Acta de reunión	1		X												U. Gestión de la Calidad
Revisión del listado de estándares por macroproceso, para el análisis de los criterios a evaluar correspondiente al nivel II-2	Acta de reunión	1		X												UGC / Evaluador líder
Elaboración del Plan de Autoevaluación Institucional 2023, que contenga metodología, documentos e instrumentos que faciliten su operatividad de los criterios de evaluación.	Plan de Trabajo	1		X												Equipo de Evaluadores Internos / U.G.C.
Aprobación del Plan de Autoevaluación, 2023.	Resolución Directoral	1					X									Dirección Ejecutiva
Reunión de Apertura	Acta	1				X										U.G.C / E. Acreditación
Interacción con los Jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/ áreas involucrados en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.	Acta de reunión	1			X											Equipo de Evaluadores internos
Comunicación oficial al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de Autoevaluación	Oficio	1						X								Dirección Ejecutiva
Aplicación del Listado de Estándares en Acreditación.	Listado de Estándares	21							X							E. Evaluadores internos
Consolidación de informes parciales.	Registros	1										X				UGC/ E. Evaluadores internos
Digitación y procesamiento de datos.	Aplicativo Excel	21					X									UGC/ área de mejora





PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Larrañaga La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Retroalimentación de los evaluados.	Acta de reunión	1	X	X	Equipo de Evaluadores Internos
Reunión de Cierre	Acta de reunión	1		X	E. Evaluadores Internos
Remisión de los resultados finales (Hojas de Registro)	Hojas de Registro	21		X	E. Evaluadores Internos
Elaboración del informe técnico de la autoevaluación 2023	Informe Técnico	1		X	E. Evaluadores Internos Eval. Líder / UGC
Presentación del informe final al MINSA y a la DIRIS Lima Norte	Oficios	2		X	Equipo de Acreditación
Presentación de propuestas de mejoras a las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Institución en base a las observaciones o incumplimiento de criterios según resultados obtenidos.	Plan de propuestas	1		X	E. Acreditación / Evaluador líder
Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.	Informe	1		X	U.G.C / E. Acreditación



BICENTENARIO DEL PERÚ 2021-2024

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, a través de la Unidad de Gestión de la Calidad, en cumplimiento de la normativa vigente sobre el proceso de acreditación, cuenta con dos Equipos de Trabajo, los cuales están designados formalmente, vigente y publicados en la Web Institucional.

1. Equipo de Acreditación del HCLLH 2023, aprobado con RD N° 087-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, tiene por objetivo promover la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del hospital, asimismo de la implementación y cumplimiento de las acciones del proceso de acreditación, coordinando con los evaluadores internos el cronograma de la evaluación.

N°	Oficina / Departamento
01	Director Ejecutivo
02	Jefe de la Oficina de Administración
03	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
04	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
05	Jefe de la Unidad de Epidemiología
06	Jefe del Departamento de Emergencia
07	Jefe del Departamento de Enfermería
08	Jefe del Departamento de Cirugía
09	Jefe del Departamento de Medicina
10	Jefe del Departamento de Ginecología
11	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
12	Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento

2. Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, aprobado con RD N° 090-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, tiene entre sus responsabilidades el recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idónea. El equipo tiene como coordinadora (Lider) a la Lic. Rosario Miraval Contreras.

N°	Integrante	Representante del Serv.
1	Lic. Rosario Miraval Contreras	Departamento de Enfermería
2	Lic. Reyna Saenz Bazan	Departamento de Enfermería
3	Lic. Maria Quiñones Negreiros	Departamento de Enfermería
4	Lic. Nilton Juipa Melchor	Departamento de Enfermería
5	Lic. Neil Basilio Usuriaga	Departamento de Enfermería
6	Lic. Yanet Pallin Villalobos	Departamento de Enfermería
7	CPC. Lizeth Miraval Contreras	Unidad de Economía
8	Lic. Luz Yoni Silva Espinoza	Unidad de Apoyo a la Docencia e investigación
9	Lic. Paula Zamora Ruiz	Unidad de Personal
10	Dr. Hairo Dedios Solis	Unidad de Gestión de la Calidad
11	Lic. Gladis Requejo Vásquez	Unidad de Gestión de la Calidad

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



BICENTENARIO DEL PERU 2021 2024





PERÚ

Ministerio de Salud

Vicerrectorado de Producción y Asesoramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

12	Lic. Victor Silva Espinoza	Unidad de Gestión de la Calidad
13	Sr. Cesar Ortiz Diaz	Unidad de Gestión de la Calidad
14	Qf. Lourdes Condori Huancacuri	Servicio de Farmacia
15	CD. Rudi Cahuana Rojas	Dpto. de Odontología y Estomatología
16	Lic. Elke Candiotti Ramirez	Dpto. de Ginecología y Obstetricia
17	Lic. Lily Gomez Achule	Dpto. de Ginecología y Obstetricia
18	Dr. Edwin Espinoza Espinoza	Dpto de Diagnóstico por imágenes
19	Lic. Vanessa Visa Velasco	Servicio de Nutrición
20	Dra. Milagros Vicuña Campos	Dpto. de Patología Clínica
21	Sr. Felipe Ceferino Paredes	Unidad de Servicios Generales

X. ANEXOS

- 10.1 Cronograma de Evaluación.
- 10.2 Relación de áreas involucradas en la evaluación por macroproceso.
- 10.3 Hoja de registro de datos.
- 10.4 Hoja de registro de recomendaciones.
- 10.5 Matriz de selección.



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



ANEXO N° 01

CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA 2023

N°	MACROPROCESOS	CRITERIOS	LIDER DEL MACROPROCESO	APOYO	CRONOGRAMA	EVALUADOS
1	Direccionamiento	11	Lic. Yoni Silva Espinoza	CPC Lizet Gladys Miraval Contreras	Del 02 al 30 oct	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
2	Gestión de recursos humanos	11	CPC Lizet Gladys Miraval Contreras	Lic. Yoni Silva Espinoza		Jefe de la Unidad de Personal
3	Gestión de la Calidad	22	Bach. Felipe Ceterino Paredes	Lic. Paula Zamora Ruiz		Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
4	Manejo del riesgo de la atención	51	Dr. Jairo Dedios Solís	Lic. Nilton Juipa Melchor Lic. Judit Vidal Campos CD. Rudi Cahuana Rojas Bach. Felipe Ceterino Paredes Lic. Gladys Requejo Vásquez		Jefe de la UESA / Jefe de la UESA / Resp. Salud Ocupacional / Jefe del Dpto. Medicina
5	Gestión de seguridad ante desastres	21	Q.F. Lurdes Condori Huancacuri	Lic. María Quiñones Negreiros		Jefe de la UGRED / Jefe del Dpto. Emergencia
6	Control de la gestión y prestación	15	Lic. Janet Pallin Villalobos			Jefe de Unidad de Seguros/ Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
7	Atención ambulatoria	17	Lic. Reyna Sáenz Bazán			Jefe del Dpto. Enfermería
9	Atención de hospitalización	26	Lic. Lily Gómez Achulle	Lic. María Quiñones Negreiros		Jefe del Dpto. Enfermería
10	Atención de emergencias	14	Dra. Milagros Vicuña Campos			Jefe del Dpto. Emergencia
11	Atención quirúrgica	24	Dra. Rosario Miraval Contreras			Jefe del Dpto. Cirugía / Jefe de Enf. Centro Quirúrgico
12	Docencia e Investigación	15	Lic. Víctor Silva Espinoza	Lic. Neil Basilio Usuriaga		Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación
13	Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	Lic. Elke Candioti Ramírez			Jefe del Dpto. Apoyo al Tratamiento / Jefe del Dpto. Dx. Imágenes/ Jefe de del Dpto. Patología Clínica
14	Admisión y alta	16	Lic. Nilton Juipa Melchor			
15	Referencia y contrarreferencia	13	Lic. Paula Zamora Ruiz			Jefe de la U. Estadística e Informática Coordinadora de la Unidad de Referencias y Contrarreferencia



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



BICENTENARIO DEL PERU 1911-2011





Hospital
Carlos Larrañaga La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para
mujeres y hombres
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

16	Gestión de medicamentos	15	Lic. María Quiñones Negreiros		Jefe del Serv. Farmacia
17	Gestión de la información	14	Lic. Vanesa Visa Velasco	Tec. César Ortiz Vela	Jefe de la U. Estadística e Informática
18	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.	17	Lic. Neil Basilio Usuriaga		Jefe de la UESA
19	Manejo del riesgo social	6	Lic. Gladys Requejo Vásquez		Jefe del Dpto. Enfermería
20	Manejo de Nutrición de pacientes	10	Tec. César Ortiz Vela		Jefe de Servicio Social
21	Gestión de insumos y materiales	8	CD. Rudi Canuana Rojas		Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética
22	Gestión de equipos e infraestructura	12	Dr. Edwin Espinoza Espinoza	Tec. César Ortiz Vela	Jefe de la Unidad de Logística
					Jefe de la U. Servicios Generales y Mantenimiento



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



ANEXO N° 2

RELACIÓN DE AREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN POR MACROPROCESO
 Establecimiento de Salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
 Tipo de Establecimiento: II-2

MACROPROCESO	AREAS INVOLUCRADAS
Direccionamiento (DIR)	Of. Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de Riesgos Emergencias y Desastres, U. Epidemiología, Dpto. Gineco-Obstetricia
Gestión de Recursos Humanos (GRH)	Unidad de Personal, Comité de Salud Ocupacional, U. Epidemiología.
Gestión de la Calidad (SCA)	Unidad de Gestión de Calidad, U. de Personal (Clima Organizacional), Relaciones Públicas, Jefes de Serv. Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, U. de Epidemiología (Comité de Bioseguridad), Dpto. Enfermería, U. Gestión de la Calidad, Relaciones Públicas, Ginecología, Banco de Sangre, Apoyo y Diagnóstico al Tratamiento (Nutrición, Farmacia), Diagnóstico por Imágenes, Comité de Salud Ocupacional Lavandería, Dpto. Cirugía y/o Dpto. Ginecología
Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)	Unidad Funcional de Riesgos ante Desastres / Emergencia/ U. Servicios Generales/ Farmacia
Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	Unidad de Seguros, Dirección Administrativa, Of. Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad (Área de Garantía)
Control de Gestión de Prestación (CGP)	Serv. Consultorios Externos (U. Estadística e Informática / Plataforma de Atención al Usuario /Relaciones Públicas
Atención Ambulatoria (ATA)	Dpto. de Enfermería
Atención de Hospitalización (ATH)	Dpto. Emergencia, verificar también con el Área de Capacitación, U. Gestión de la Calidad y Relaciones Públicas.
Atención de Emergencia (EMG)	Servicio de Centro Quirúrgico coordinación con el Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico y Dpto. Cirugía
Atención Quirúrgica (ATQ)	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Docencia e Investigación (DIV)	Dpto. Apoyo al Tratamiento, Dpto. Diagnóstico por imágenes, Dpto. Anatomía Patológica y Patología Clínica, Serv. Farmacia, Servicio Social, Servicio de Nutrición, (ADT)
Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	Unidad de Estadística e Informática, Jefatura de Enfermería, Unidad de Economía, Jefatura de Consultorios Externos.
Admisión y Alta (ADA)	Oficina de Referencia y Contrarreferencia, U. Seguros
Referencia y Contrarreferencia (RCR)	Dpto. de Farmacia, verificación de algunos documentos en la Unidad de Logística
Gestión de Medicamentos (GMD)	Unidad de Estadística e Informática, Unidad de Gestión de la Calidad, Oficina de Comunicaciones
Gestión de Información (GIN)	Dpto. Enfermería, Serv. Central de Esterilización, U. Servicios Generales (Lavandería), Comité de Salud Ocupacional (U. Personal), Comité de Bioseguridad
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	Servicio Social / Economía
Manejo del Riesgo Social (MRS)	Servicio de Nutrición
Nutrición y Dietética (NYD)	Unidad de Logística
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	Unidad de Servicios Generales, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Logística (Patrimonio)
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	



ANEXO N° 3

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macroproceso: _____

Evaluador (es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código del criterio de evaluación	Puntaje	Fuente Auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentario



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



