



Resolución Directoral

Puente Piedra, 28 de Febrero de 2020.

VISTO:

El expediente 01012, que contiene la Nota Informativa N° 007-01-2020-OPE-HCLLH, emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH; que adjunta el Informe N° 007-01/2020-EP-OPE-HCLLH, de fecha 27 de enero de 2020, emitido por el Coordinador Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual otorga Opinión Favorable para el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020"; y el Informe Legal N° 055-2020-AL-HCLLH/MINSA;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI, del Título Preliminar de la Ley N° 26842-Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicio 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", que tiene como finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, el numeral 1 de las Fases para la Acreditación del artículo VI, sobre las Disposiciones Específicas de la norma técnica de salud antes citada, establece que: la "Autoevaluación es inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.

- a. La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
- b. Los Establecimientos de Salud, público y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa";

Que, el numeral 4 respecto a los Procedimientos para el Proceso de Acreditación, del artículo VI, sobre las Disposiciones Específicas de la norma técnica de salud antes citada, establece que: "Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad Institucional";

...//



...//

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médico de apoyo, con el objetivo de estandarizar el desarrollo de la evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objeto de "establecer los principios, normas metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, mediante Memorandum N° 023-01/2020-JUGC-HCLLH, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la revisión y aprobación mediante resolución directoral el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020;

Que, mediante el Informe N° 007-01/2020-EP-OPE-HCLLH, la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2020";

Que, considerando que el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020", tiene como objetivo general desarrollar el Proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2020 y lograr el nivel aprobatorio mínimo en los diferentes estándares de calidad.

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

Que, en uso de las facultades conferidas por el literal c) del artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;

SE RESUELVE:

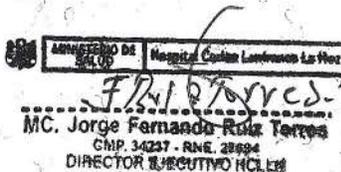
ARTÍCULO 1°.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2020", que a folios dieciocho (18) forma parte integrante de la presente resolución, el cual se ejecutará teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad, sea la responsable de monitorear y supervisar el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones que contiene el plan aprobado mediante la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.- DEJAR sin efecto todo acto que se oponga a la presente Resolución.

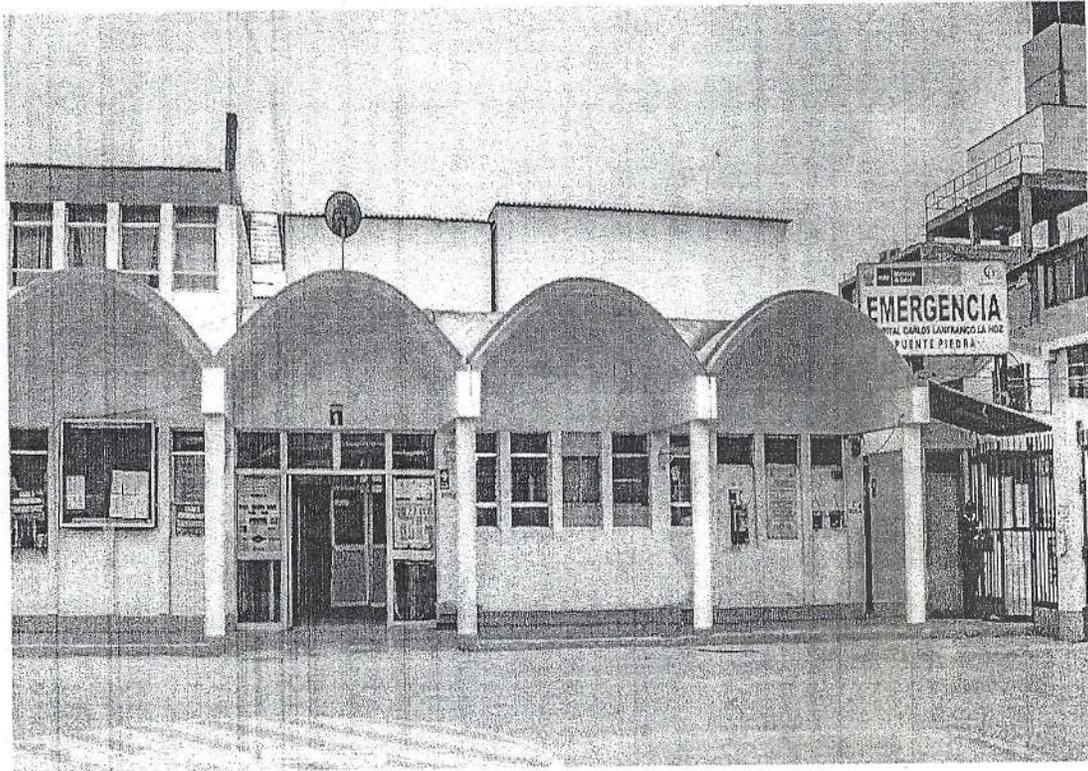
ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR al Responsable de la Administración y actualización del Portal de Transparencia Estándar efectuar la publicación de la presente Resolución en la Pagina Web del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



- JFRT/JMLC/ EER/EPM
Cc.
- Oficina de Administración
 - Oficina de Planeamiento Estratégico
 - Unidad de Gestión de la Calidad
 - Asesoría Legal
 - Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
PARA LA ACREDITACIÓN DEL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO
LA HOZ - 2020

Lima, Perú



INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	3
II. Finalidad.....	4
III. Objetivos	
3.1 Objetivo General.....	4
3.2 Objetivos Específicos.....	4
IV. Base Legal.....	4
V. Ámbito de Aplicación.....	5
VI. Disposiciones Generales	
6.1 Definiciones.....	5
6.2 Disposiciones Generales.....	6
VII. Disposiciones Específicas	
7.1 Sobre los Componentes de Gestión.....	6
7.2 Planificación.....	9
7.3 Organización.....	9
VIII. Metodología.....	11
IX. Financiamiento.....	12
X. Requerimiento.....	12
XI. Responsabilidades.....	13
XII. Disposiciones Finales.....	13
XIII. Anexos:	
1: Cronograma de Actividades del Plan de Autoevaluación para la Acreditación HCLLH 2020.....	14
2: Relación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH 2020.....	15
3: Relación de Servicios y áreas involucradas por Macroprocesos a evaluar.....	16
4: Hoja de Registro de datos para la Autoevaluación.....	17
5: Hoja de Recomendaciones.....	18





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2020 HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

I. INTRODUCCION

En cumplimiento con los Lineamientos de Política Sectorial y en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, establecimiento de salud del MINSA de nivel de complejidad II-2, ha asumido el compromiso de la acreditación en Salud con la finalidad de contribuir a garantizar a nuestros usuarios que contamos con las capacidades necesarias para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

La primera fase de la Acreditación es la Autoevaluación, de carácter obligatorio y realizada por evaluadores internos previamente formados y certificados. Los evaluadores se organizan en equipos en relación a los macroprocesos y revisan, discuten y analizan las normas de acreditación e instrumentos acorde a los estándares de acreditación, atributos de la calidad, criterios de evaluación, fuentes auditables y técnicas de evaluación; elaborándose luego, los documentos necesarios para realizar el proceso de manera imparcial, autónoma y evitando conflictos de intereses, así como interactuando con los jefes o representantes de los departamentos, oficinas y servicios.

En este contexto, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, a través de la Unidad de Gestión de la Calidad llevará a cabo la realización de la Autoevaluación Institucional como parte inherente a las exigencias que demanda y exige el proceso de acreditación de establecimientos de salud, puesto que nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad, identificar oportunidades de mejora en diversos macroprocesos analizar los nudos críticos y de esta manera podremos implementar procesos de mejoramiento continuo los cuales nos permitirán corregir las áreas identificadas como problemas.

Constituye un pilar importante para realizar la Autoevaluación, el apoyo decidido de la Alta Dirección quien lidera el proceso, promueve el cumplimiento de estándares y asigna recursos para ello considerándola en el Plan Operativo Anual (POA); así como de las Jefaturas de Unidades, Departamentos Oficinas, y Servicios quienes gestionan, en base a los resultados del proceso de autoevaluación, el mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios.

El presente Plan de Autoevaluación Institucional para el período 2020, se ha desarrollado dentro del marco de la N.T. N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo", aprobada con R.M. 456-2007/MINSA.

II. FINALIDAD

En la perspectiva del desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basad en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional y de promoción de una cultura y seguridad en salud.





El proceso de autoevaluación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz tiene como propósito evaluar la brecha existente con los estándares establecidos en la norma técnica. Esta brecha debe ser tomada como referente para mejorar los procesos que sean necesarios en plazos establecidos y planteados como objetivos de gestión en los diferentes niveles de la institución de acuerdo a la capacidad de resolución respectiva. Además debemos considerar que este ejercicio periódico nos servirá de gran ayuda para alcanzar la acreditación.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General:

Desarrollar el Proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2020 y lograr el nivel aprobatorio mínimo en los diferentes estándares de calidad.

3.2 Objetivos Específicos:

- Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación del HCLLH 2020
- Realizar el proceso de Autoevaluación y evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios del Listado de Estándares de Acreditación que corresponden a un establecimiento II-2.
- Analizar los resultados generales en el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud y sus modificaciones.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 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 de 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° 850-2016/MINSA, que aprueban las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA/SA que aprueba el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Directoral N° 81-03/2017-HCLLH/SA, "Directiva Técnica para la Elaboración de Planes de Trabajo y Planes de Acción"

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El proceso de Autoevaluación será de aplicación para todas las Unidades Orgánicas, tales como Oficinas, Unidades, Departamentos, Servicios Administrativos y/o Asistenciales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.



VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1 Definiciones

- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria del proceso de acreditación en la 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.
- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódica, 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 e atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.
- **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.
- **Guía Técnica del Evaluador:** Documento Técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación en los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
- **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 macroprocesos que se realizan en todo el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.





- **Informe Técnico de Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del avance hacia la Acreditación, proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad.

6.2 Disposiciones Generales

- El Proceso de Acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
- Las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control de la autoridad institucional.
- La autoevaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.
- El Listado de Estándares de Acreditación se constituye como el único documento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad- estructura, proceso y resultados que deben cumplir el establecimiento de salud.
- Para el desarrollo de la Autoevaluación el Área de Mejora para la Calidad brindará asistencia técnica y capacitación a los evaluadores internos.
- El proceso de autoevaluación será llevado a cabo en absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.



VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 Sobre los Componentes de Gestión

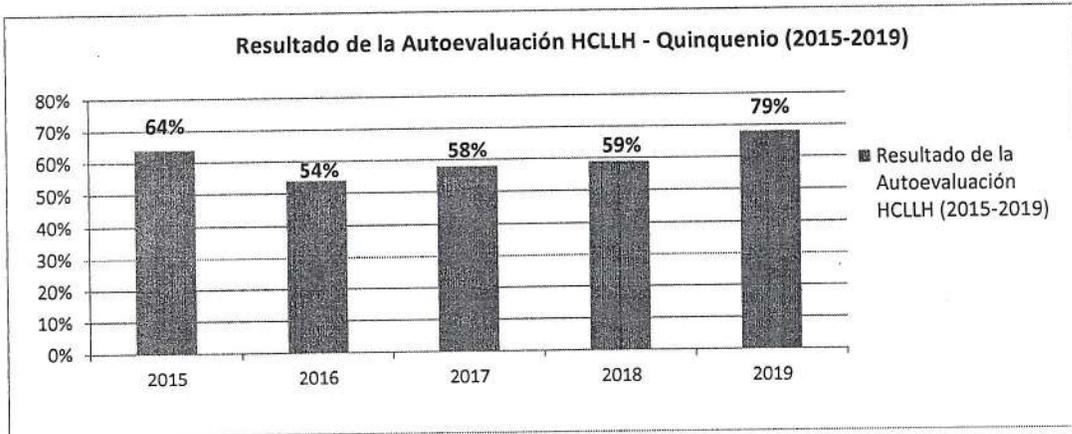
1. Diagnóstico Situacional:

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ha venido realizando autoevaluaciones en cumplimiento a la normativa de Acreditación emitida por el Ministerio de Salud, al menos 1 vez al año. Es así que desde el año 2008 se han logrado diferentes puntajes pero inferiores a 85%. Esta experiencia ha servido para mejorar las prestaciones en términos de calidad al usuario externo.

En el año 2019 se obtiene resultado de la Autoevaluación el 79%, en el año 2018 se obtuvo el 59%, en el año 2017 se obtuvo el 58%%, en el 2016 se obtuvo el 54% y en el año 2015 se obtuvo 64%.

A continuación se adjunta el siguiente gráfico en donde se puede observar la tendencia de los últimos 5 años correspondiente a los resultados de la Autoevaluación en nuestra institución.

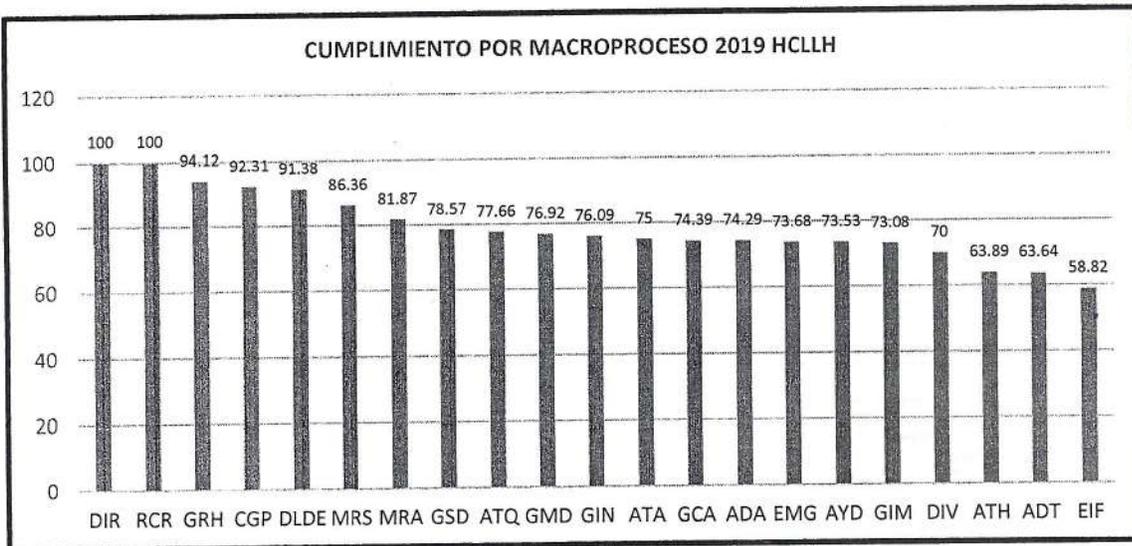




Fuente: Área de Mejora para la Calidad – Unidad de Gestión de la Calidad

En relación al año 2019, donde se obtuvo un 79% de puntaje, se ha iniciado las coordinaciones con las Unidades, Departamentos, Servicios y áreas para implementar las mejoras y levantar las observaciones en un plazo de 6 meses. Se espera que en la Autoevaluación del año 2019 el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, llegue al nivel óptimo aprobatorio para acreditar como establecimiento de salud que brinda prestaciones con calidad.

A continuación se detallan los resultados de la Autoevaluación 2019 por Macroproceso:



Del gráfico se observa que hay macroprocesos que han logrado el 100% de puntaje y otros que están muy cerca, sin embargo, existen macroprocesos con puntaje menor a 85% como: Equipos e Infraestructura, Atención Diagnóstico y Tratamiento, Atención Hospitalaria, Docencia e Investigación, Gestión de Insumos y Materiales, Nutrición y Dietética, Emergencia, Admisión y Alta, Gestión de la Calidad, Atención Ambulatoria, Gestión de la Información, Gestión de Medicamentos, Atención Quirúrgica, Gestión de Seguridad ante Desastres y Manejo de Riesgo de la Atención.





Resultado De la Autoevaluación 2019

Establecimiento :	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ-00007632											
Tipo de Establecimiento :	II-2											
Fase:	AutoEvaluación											
Año:	2019											
Periodo :	1											
		MACROPROCESO							CATEGORIAS			RESULTADO FINAL
		Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría	
Macroprocesos	Criterios Eva	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
<p>NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)</p>												
Direccionamiento	11	6	4	1	11	47.74	47.74	100.00	211.25	183.53	86.88	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	47.74	44.93	94.12				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	35.51	74.39				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	39.08	81.87				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	47.74	37.51	78.57				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	47.74	44.07	92.31	241.43	171.62	71.08	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	35.81	75.00				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00				
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	30.50	63.89				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	17.05	12.56	73.68				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	17.05	13.24	77.66	150.69	116.72	78.68	
Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	47.74	33.42	70.00				
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	1	9	1	11	17.05	10.86	63.64				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	12.67	74.29				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.05	17.05	100.00				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	13.12	76.92	603.57	473.87	79	
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	12.97	76.09				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	34.10	31.16	91.38				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	14.73	86.36				
Manejo de nutrición de pacientes	10	4	5	1	10	17.05	12.54	73.53				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	12.46	73.08	521.94	10.03	58.82	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	10.03	58.82				
Total	341	133	167	41	341	651.31	521.94		603.57	473.87		
									Puntaje Final (%)	79		

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

Fuente: Área Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH (Aplicativo para la Acreditación MINSa)





7.2 Planificación

Las actividades del Plan de Gestión de la Calidad en Salud están articuladas al POA 2020.

META FÍSICA		
Sub producto Institucional	U.M.	Meta
Plan de Autoevaluación para la Acreditación aprobado	Plan/RD	1
Ejecución de la Autoevaluación	Informe	1

7.3 Organización

La Unidad de Gestión de la Calidad tiene asignada la función del Proceso de Acreditación para lo cual se cumplirá con el monitoreo de las siguientes actividades y tareas:



- **Propuesta y formulación de un Plan de Autoevaluación para la Acreditación.**

- **Conformación del Equipo de Acreditación, aprobado con RD.**

Este Equipo tiene por objetivo promover la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del establecimiento de salud, asimismo la implementación y cumplimiento de las acciones del proceso de acreditación, coordinando con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación. Este Equipo está presidido por el Director Ejecutivo del Hospital.



- **Conformación del Equipo de Evaluadores Internos, aprobado con RD.**

Este equipo es el responsable de elaborar el Plan de Autoevaluación de la Institución, evaluar, emitir estrategias y recomendaciones del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.



- **Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HCLLH 2020, aprobado con RD.**

El Equipo de Evaluadores Internos elabora el Plan de Autoevaluación 2020, con el apoyo técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad; el mismo que será remitido a la Dirección para su aprobación mediante acto resolutivo, como indica la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud.



Se revisará y/o reformulará los instrumentos de recolección de información (Elaboración de listas de chequeo) la cual se realizará por cada Macroproceso y su duración no excederá de dos semanas.

- **Entrenamiento de Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.**

- El Taller estará a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad.





• **Ejecución de la Autoevaluación en base a criterios y estándares.**

- **Difusión del Proceso de autoevaluación,**

Se difundirá el desarrollo del Proceso de Autoevaluación en la Página Web del Hospital, así mismo se remitirá la información vía correo electrónico a los Jefes de los servicios involucrados en los macroprocesos.

- **Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de los macroprocesos.**

Se programará las visitas para el levantamiento de la información, la misma que será desarrollada por cada equipo evaluador, que coordinará con las jefaturas involucradas en los macroprocesos a fin de definir fechas y horas, de obligatorio cumplimiento de ambas partes, salvo situaciones inesperadas que tendrán que ser comunicadas oportunamente.

- **Comunicación del inicio de la autoevaluación.**

Se comunicará a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de la Autoevaluación mediante Oficio.

- **Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación.**

Establecido el cronograma de actividades se procederá al levantamiento de la información, a la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes, de forma complementaria se realizará la organización de tareas y metas por los responsables de equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.

La preparación de materiales estará a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad, quién dará el apoyo logístico a fin de facilitar los instrumentos normativos y materiales para el desarrollo de la autoevaluación institucional.

• **Analizar los resultados del Proceso de Autoevaluación.**

- **Procesamiento de datos y análisis de los resultados.**

El Equipo de Evaluadores Internos remitirá a la Unidad de Gestión de la Calidad las Hojas de Registro de Datos de la Evaluación realizada a los 21 macroprocesos. La responsable del Área de Mejora para la Calidad ingresará los puntajes criterio por criterio de cada Macroproceso al Aplicativo de Acreditación del MINSA.

- **Elaboración del informe de proceso de autoevaluación.**

Los grupos de autoevaluación a cargo de un coordinador deberán elaborar y entregar los informes por macroprocesos, previo procesamiento y análisis en los formatos establecidos para tal fin al Evaluador Líder.

El informe final de la autoevaluación estará a cargo del Evaluador Líder y los coordinadores de equipos de autoevaluación, quienes consolidarán y elaborarán el informe final para remitirlo al Comité de Acreditación.

- **Socialización del informe del proceso de autoevaluación.**





- **Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación.**
 - **Monitoreo y seguimiento de la implementación de los resultados por Macroproceso.**
Los servicios y áreas proceden a realizar sus actividades para implementar las mejoras de acuerdo las observaciones encontradas en cada Macroproceso. El área de Mejora para la Calidad monitoriza y hace seguimiento de los avances mediante informe.

VIII. METODOLOGÍA

El Proceso de Autoevaluación 2020 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, lo desarrollará el Equipo de Autoevaluación, con el apoyo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Comité de Acreditación, y trabajará en estrecha coordinación con la Dirección General del HCLLH; teniendo como base la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada con la R.D. N° 456-2007/MINSA y de sus objetivos inmersos en el Plan de Autoevaluación.

El Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH utilizará diversas técnicas como: verificación y revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras, encuestas y auditorías de registros médicos.

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el Listado de Estándares de Acreditación, del cual nos corresponde desarrollar 21 macroprocesos.

Otros de los instrumentos a utilizar están las hojas de registro de datos para las observaciones y recomendaciones, como también el Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

• Procedimiento del Proceso de Autoevaluación:

- ✓ Se deberá incluir el Plan de Autoevaluación en el Plan Operativo Anual.
- ✓ Para el proceso de autoevaluación, la Dirección dispone la conformación de un equipo de acreditación.
- ✓ Se selecciona los evaluadores internos, según criterios preestablecidos.
- ✓ Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la Dirección.
- ✓ El equipo de acreditación, con el auspicio de la Dirección, promueve la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del hospital.
- ✓ Se designa a los responsables de cada Unidad, Servicio y área para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente los externos.
- ✓ Es importante el reporte del inicio de la autoevaluación a las instancias superiores.





- ✓ El equipo de evaluadores internos inicia la evaluación interna y concluye con el informe final de autoevaluación.

IX. FINANCIAMIENTO:

De acuerdo a la Acreditación Presupuestal de la Institución.

X. REQUERIMIENTO:

FECHA	MATERIALES	UNID. MEDIDA	CANTIDAD
Marzo	Papel Bond 80 gr. Tamaño A4	2 Paquetes x 500	1000
	Toner para impresora HP Laser Jet P205X	2 Unidades	2
Marzo	Corrector Líquido tipo lapicero con punta fina de metal	Unidad	5
Marzo	Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina azul	Unidad	45
Marzo	Lápiz negro N° 2 sin borrador	Unidad	45
Marzo	Borrador blanco para lápiz, tamaño mediano	Unidad	45
Marzo	Thoner	Unidad	1
Marzo	Tablero acrílico tamaño A4 con sujetador de metal	Unidad	25
Marzo	Copias de documentos en el proceso de autoevaluación	1000 Unidades	1000
FECHA	INSUMOS	UNID. MEDIDA	CANTIDAD
Marzo	Agua mineral	Unidad	50
Marzo	Galletas	Unidad	50



XI. RESPONSABILIDADES:

- Dr. Jorge Fernando Ruiz Torres Director General
- CPC Elizabeth Erika Elías Rodríguez Jefe de la U. Gestión de la Calidad
- Lic. Rosario Miraval Contreras Líder del Equipo de Evaluadores Internos
- Lic. Paula Zamora Ruíz Resp. Área de Mejora para la Calidad
- Elaboración y Ejecución del Plan de Autoevaluación
 - Equipo de Evaluadores Internos
- Del proceso de Autoevaluación:
 - Equipo de Gestión
 - Equipo de Acreditación
 - Equipo de Evaluadores Internos
 - Jefes de Unidades, Servicios y Áreas.
- De la Elaboración del Plan de Acciones de Mejora
 - Equipo de Acreditación en base a los resultados.





- Ejecución de las Acciones de Mejora Post Autoevaluación:
 - Jefes de Unidades, Servicios y Áreas.
- Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora Post Autoevaluación:
 - Equipo de Evaluadores Internos
 - Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad

XII. DISPOSICIONES FINALES

1. El Área de Mejora para la Calidad difundirá los estándares de calidad a los servicios y áreas para su conocimiento e inicio de las actividades antes de la autoevaluación.
2. La autoevaluación tendrá una duración de 15 días, tiempo en el cual los evaluadores realizarán las visitas a los Servicios y Áreas, además entregarán la documentación al Coordinador de Calidad.
3. El Equipo Técnico de Calidad, tiene 15 días para procesar la información de la autoevaluación al aplicativo y emitir el informe final.
4. Los casos no provistos en el presente plan, serán absueltos por el Equipo de Evaluadores Internos y el Coordinador de la Autoevaluación.

XIII. ANEXOS

- Anexo N° 01: Cronograma de Actividades del Plan de Autoevaluación para la Acreditación HCLLH 2020
- Anexo N° 02: Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH 2020
- Anexo N° 02: Relación de Servicios y áreas involucradas por Macroprocesos a evaluar.
- Anexo N° 03: Hoja de Registro de datos para la Autoevaluación.
- Anexo N° 04: Hoja de Recomendaciones.





Anexo N° 01

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HCLLH

O.G.	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META DE CUMPLIMIENTO	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE			
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
Desarrollar el Proceso de Autoevaluación en el marco de la Acreditación del HCLLH y lograr el nivel aprobatorio mínimo en los diferentes estándares de calidad.	Organizar y planificar el Proceso de Autoevaluación	Propuesta y formulación del Plan de Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución Directoral	1	X												Dirección General			
			Conformación del Equipo de Evaluadores Internos	Resolución Directoral	1	X													Unidad de Gestión de la Calidad		
			Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HCLLH.	Plen - RD	1	X													Equipo de Evaluadores Internos Dirección General		
	Realizar el Proceso de Autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basadas en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.	Ejecución de la Autoevaluación en base a criterios y estándares.	Entrenamiento de Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud; Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.	Realizar el Taller de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud; Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos.	Informe	30			X										U. Gestión de la Calidad Unidad de Personal/ Área de Capacitación		
				Difusión de proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1		X												Unidad de Gestión de la Calidad	
				Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos.	Listado	1		X													Equipo de Evaluadores Internos
	Analizar los resultados generales en el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basadas en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.	Analizar los resultados de la Autoevaluación	Analizar los resultados de la Autoevaluación	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación al DIRIS LN	Oficio	1				X										Dirección Ejecutiva	
				Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Ficha de la Lista de Estándares Hojas de Registro de datos para la autoevaluación	1						X									Evaluadores Internos
				Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en aplicativo MINSA	1							X								Resp. Área de Mejora para la Calidad
				Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	1								X							Resp. Área de Mejora para la Calidad
Analizar los resultados generales en el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basadas en las debilidades detectadas durante el proceso de autoevaluación.	Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación.	Implementación de planes y/o acciones de mejora relacionados a los resultados de Autoevaluación.	Socialización del Informe con los diferentes Órganos y Unidades Orgánicas del HCLLH.	Acta de Reunión	1							X						Unidad de Gestión de la Calidad			
			Elaboración y ejecución de las acciones de mejora Post-Autoevaluación	Hojas de Registro de datos	21											X				Jefes de Unidades y Servicios	
			Monitoreo y seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe	1														Equipo Técnico de la UGC		



ANEXO N° 02

Relación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz –
2020

N°	Macroproceso	Evaluadores Internos	N°Equipo
2 6	Gestión de Recursos Humanos Control de la Gestión y Prestación	Lic. María Carolina Quiñones Negreiros Lic. Fabiola Rafael Rosales Lic. Melba Teresa Barnett Guillén	1
3 22	Control de la Gestión de la Calidad Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Fary Mendoza Chumbes Lic. Janet Mariluz Pallín Villalobos Lic. Elke Candiotti Ramirez	2
4	Manejo de Riesgo de la Atención	Lic. Reyna Saenz Bazan Lic. Lina Maquera Maquera Bach. Roy Jairo Silva Sánchez	3
5 1 10	Gestión de Seguridad ante Desastres Direccionamiento Atención de Emergencia	Lic. Paula Zamora Ruiz MC Hairo André Dedios Solis Q.F. Ulianof Huamaccto Fernández	4
13 15	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento Referencia y Contrareferencia	Lic. Emma Dorothy Quintana Sierra Lic. Lilia Olinda Villanueva Pardo	5
11 18	Atención Quirúrgica Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Rosario Miraval Contreras Lic. Yanet Victoria Quiroz López	6
9	Atención de Hospitalización	Lic. Judith Rosario Vidal Campos Lic. Ana Elizabeth Anchapuri Sara Téc. Adm. Mary Luz Cangana Melgarejo	7
12 19	Docencia e Investigación Manejo del Riesgo Social	Lic. Luz Hermenegildo Quichiz Lic. Grissel Indira Cuenca Ochoa	8
14 17 11	Admisión y Alta Manejo de la Información Atención Ambulatoria	Lic. Vidalina Luz Llano Flores Lic. Raquel Yrma Tipula Checasaca Q.F. Lurdes Bertha Condori Huancacuri	9
16 21 20	Gestión de Insumos y Materiales Gestión de Medicamentos Nutrición y Dietética	Lic. Luis Antonio Infantes Oblitas CD Rudi Melva Cahuana Rojas Lic. Luz Yony Silva Espinoza	10



ANEXO N° 03

RELACIÓN DE SERVICIOS Y/O AREAS INVOLUCRADAS EN LOS MACROPROCESOS A EVALUAR

Establecimiento de Salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Tipo de Establecimiento: II-2
Evaluador Líder: Lic. Rosario Miraval Contreras

MACROPROCESO	AREAS INVOLUCRADAS PARA EVALUAR
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, Of. Planeamiento Estratégico, Comité de Salud Ocupacional, U. Epidemiología.
Gestión de la Calidad (GCA)	Unidad de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas, U. de Personal, Relaciones Públicas, Jefes de Ser. Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización.
Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)	U. de Epidemiología (Comité de Bioseguridad), 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.
Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	Unidad Funcional de Riesgos ante Desastres / Emergencia/ U. Servicios Generales/ Farmacia
Control de Gestión de Prestación (CGP)	Of. Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad (Área de Garantía)
Atención Ambulatoria (ATA)	Serv. Consultorios Externos /U. Estadística e Informática / Plataforma de Atención al Usuario /Relaciones Públicas
Atención de Hospitalización (ATH)	Jefes de Departamentos de: Enfermería, Pediatría, Ginecología, Medicina, Cirugía. Enfermeras Responsables de los Serv. Hospitalización.
Atención de Emergencia (EMG)	Dpto. Emergencia, Capacitación, U. Gestión de la Calidad, Relaciones Públicas.
Atención Quirúrgica (ATQ)	Jefe del Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico Enfermera Resp. Serv. Centro Quirúrgico
Docencia e Investigación (DIV)	U. Docencia e Investigación
Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	Jefatura de Diagnóstico por Imágenes, Laboratorio, Farmacia, Servicio Social, Jefatura de Farmacia, Jefatura de Nutrición, Psicología.
Admisión y Alta (ADA)	Unidad de Estadística e Informática, Jefatura de Enfermería, Unidad de Economía Jefatura de Consultorios Externos.
Referencia y Contrareferencia (RCR)	Oficina de Referencia y Contrareferencia, U. Seguros
Gestión de Medicamentos (GMD)	Dpto. de Farmacia, U. Logística
Gestión de Información (GIN)	U. Estadística e Informática, U. Gestión de la Calidad, Of. Relaciones Públicas.
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	Central de Esterilización, Lavandería, Comité de Salud Ocupacional, Comité de Bioseguridad (Epidemiología).
Manejo del Riesgo Social (MRS)	Servicio Social / Economía
Nutrición y Dietética (NYD)	Servicio de Nutrición
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	U. Logística
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	Unidad de Servicios Generales, Of. Planeamiento Estratégico, U. Logística (Patrimonio)

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HCLLH - 2020





ANEXO N° 04:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macroproceso: _____

Evaluador (es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código de Estándar: _____

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



