



Nº 0100-DG-HONADOMANI-SB/2008

Resolución Directoral

Lima 15 de Abril de 2008

Visto el Expediente Nº 03262-08 y 03716-08.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos. La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición, asimismo, que los establecimientos de salud y servicios a que se refiere el presente Capítulo, quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de nivel nacional;

Que, la Norma Técnica Nº 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada mediante R.M. Nº 456-2007/MINSA, tiene por objeto optimizar los procesos de identificar procesos estratégicos, remover obstáculos, re-estandarizar, estimular la cultura del aprendizaje continuo, mejorar el ambiente organizacional y estimular la investigación de servicios; asimismo, en sujeción a la naturaleza del marco de la normativa técnica y de las atribuciones conferidas por el Art. 17º del ROF del Hospital, la Oficina de Gestión de la Calidad ha emitido el INFORME Nº 025-J-OGC-HONADOMANI-SB-2008, de fecha 28.MARZO.08;

Que, el Reglamento de Organización y funciones del Hospital en su Art. 17º, aprobado mediante R.M. Nº 884-2003-SA/DM, establece que corresponde a la Oficina de Gestión de la Calidad, realizar las acciones técnicas conducentes, entre otros, a implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de calidad y mejora continua en los servicios asistenciales como administrativos; monitorear y evaluar los indicadores de control de calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección de Salud correspondiente; asesorar en la formulación de Normas, Guías de Atención y Procedimientos de Atención al paciente; Velar el cumplimiento de los derechos de los pacientes e implementar mecanismos que canalice la perspectiva del usuario;

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11º incisos b) y c) de la R.M. Nº 884-2003-SA/DM – Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; y, con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "Plan de Autoevaluación para el año 2008 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé", compuesta de siete (07) folios.

Artículo Segundo.- Disponer la difusión directa y publicación en el Portal Electrónico del Hospital, remitiéndose un ejemplar de la resolución a la instancia administrativa jerárquicamente superior.

Regístrese y Comuníquese,

cc: Calidad
O.C.I.
Dirección

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Docente Madre Niño
"SAN BARTOLOMÉ"
Dr. AUGUSTO AMORÓS CORTES
SUB-DIRECTOR
C.M.P. 11268

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
Ministerio de Salud

PLAN DE AUTOEVALUACION

Lima , Marzo 2008



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

1. Introducción

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de Garantía y Mejoramiento de la Calidad, que comprende este Sistema. En la actualidad el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad, ha regulado el proceso mediante la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, Aprobada el 4 de Junio del 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.

En el Hospital San Bartolomé, este proceso de Acreditación dio inicio con la conformación oficial del EQUIPO DE ACREDITACIÓN mediante Resolución Directoral N° 0214-DG-HONADOMANI-SB/2007. Equipo que inicio sus actividades con la difusión de la Norma Técnica de Acreditación a los responsables de las jefaturas de las áreas prestacionales, gerenciales y de apoyo .

2. Justificación

Con fecha 19 de Febrero 2008, se conforma el Equipo de Evaluadores Internos mediante resolución Directoral N° 0035-HONADOMANI –SB-2008, quienes tras un proceso de capacitación y certificación ,serian los responsables de realizar la auto evaluación .

Del 6 al 8 de Marzo se llevo a cabo el taller de capacitación a los evaluadores internos, quedando el equipo formado por 15 evaluadores internos en total.

En la norma técnica de Acreditación, se establece que el equipo de evaluadores internos debe de elaborar el Plan de auto evaluación. El presente Plan responde al cumplimiento de la Norma Técnica citada .

3. Alcance

El alcance del presente Plan es el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de categoría III-1.



4. 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° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- 4.5. R.M. N° 519-2006-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 4.6. R.M. N° 456-2007/MINSA "Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

5. Objetivos

General

Llevar a cabo la primera fase del proceso de Acreditación :La Auto evaluación en el HONADOMANI San Bartolome.

Específicos

- a) Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación
- b) Establecer actividades tendientes a coordinar la interacción evaluadores y evaluados.
- c) Determinar las actividades que realizaran el equipo de evaluadores internos.

6. Metodología

La autoevaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo de evaluadores internos del HONADOMANI San Bartolomé, verificando y adaptando los criterios de evaluación a la realidad actual de los servicios de salud en los



plazos considerados en el Plan de auto evaluación respaldándose en las normas legales existentes.

El equipo trabajará en estrecha coordinación con el Equipo de Acreditación del Hospital en (1) reunión para la elaboración del plan (2) Identificación de macroprocesos para cada servicio (3) Conformación del equipo y informantes por cada macroproceso (4) Desarrollo de la autoevaluación (5) Elaboración del informe final (6) Retroalimentación.

7. Cronograma

El cronograma se adjunta en el anexo 1 y Anexo 2

8. Equipo de Evaluadores Internos

Dra. Sonia Villasante Valera
Lic. Cecilia Chira Córdova
Lic. Enf. Eliana Gonzáles Espinoza
Lic. Enf. Irene Ospinal Arévalo
Lic. Enf. Justa Cárdenas Quintana
Lic. Enf. María Macassi Meza
Lic. Enf. Virginia Gutiérrez Cahuana
Lic. Enf. Lucy Aliaga Ordoñez
Lic. Obst. Flor de María Meza Huamán
Lic. Obst. Irene Mateo Quispe
Administ. Sergio Monge Gómez
Administ. Eda Chávez Espíritu
Administ. Miguel Flores Tantaruma
Dra. Rocio León Rodríguez
Lic. Enf. Mary Ortiz Socualaya



CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL San Bartolomé



ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MARZO				ABRIL	
		10-15	17-19	24-28	31-4	7-11	
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan y designación de evaluador líder							
Designación de responsables por cada macroproceso							
Presentación del Plan a la Dirección							
Análisis de Listado de Estándares por grupo							
Guía del evaluador Interno (producto)							
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del Listado de Estándares de Acreditación				28			
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal					31-		

Auto evaluación Hospital San Bartolomé



Grupo	Macroprocesos	Grupo de Evaluadores Internos	Responsable a evaluar	Día 15	Día 16	Día 17	Día 18
Grupo n°1 Lider Dra Rocío León	Direccionamiento	Sra Eda Chavez	Dra. Silvia Saravia		X		
	Gestión de recursos humanos	Dra Rocío León	Sr. Victor Florian		X		
	Control de la Gestión y prestación	Sr. Sergio Monge	Dr. Augusto Amoros			X	
Grupo n°2 Lider Lic. Irene Ospinal	Docencia e investigación	Lic. Irene Ospinal	Dra. Saldana		X		
	Gestión de recursos humanos	Lic. Irene Maico	Dr. Nazario Siva	X			
	Control de la Gestión y prestación	Lic. Flor de María Huamán	Dr. Alvaro Santivañez		X		
Grupo n°3 Lider Lic. Justa Cardenas	Admisión y alta	Lic. Justa Cardenas	Sr. Augusto Jaramillo			X	
	Gestión de la información	Lic. Maria Macassi	Lic. Alfredo Ayala			X	
	Referencia y contrarreferencia		Dr. Oswaldo Moscol				X
Grupo n°4 Lider Dra Sonia Villasante	Atención de Apoyo diagnóstico y tratamiento	Dra Sonia Villasante	Dr. Jose Pimentel	X			
	Gestión de reCesión de equipos e infraestructura	Lic. Lucy Allaga	Dr. Eddy Doroteo		X		
	Gestión de Seguridad ante desastres		Dr. Jorge Ton Sang H		X		
Grupo n°5 Lider Lic. Cecilia Chira	Gestión de medicamentos	Lic. Cecilia Chira	QF Elvira Rojas	X			
	Manejo del riesgo social	Sr. Miguel Flores	Lic. E. Fernandez		X		
	Nutrición y dietética		Lic. Silvia Ruiz		X		
Grupo n°6 Lider Lic. Eliana Gonzales	Atención quirúrgica	Lic. Eliana Gonzales	Dr. Delgado	X			
	Gestión de insumos y materiales	Lic. Virginia Gutierrez	CPC Dina Jimenez		X		
	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización		Lic. Lily Urrutia/ Amanda Arteaga		X		
Grupo n°7 Lider Lic. Mary Ortiz	Atención ambulatoria	Lic. Mary Ortiz	Lic. Giuliana Camacho	X			
	Atención de emergencia	Lic. Flor de María Meza	Dr. Agüero/ Dr. Siliuay		X		
	Atención en Hospitalización		Lic. M-opez/ Dr. Urquiza/ Dra Villar/ Dr. Delgado			X	

ACTIVIDADES

Aplicación del Listado de Estándares
Procesamiento de datos en aplicación
Análisis de resultados
Elaboración del informe preliminar
Revisión y corrección del informe
Reunión de presentación de resultados

