



Nº 0456-DG-HONADOMANI-SB/2015

Resolución Directoral

Lima, 29 de SETIEMBRE de 2015

Visto, el Expediente Nº 12165-15, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007 MINSA se aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V-02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", de aplicación en todos los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Salud, Públicos y Privados, cuya finalidad es "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, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre las bases del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidas"; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como "La fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en la cual los Establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

Que, mediante Nota Informativa Nº 001-2015-LEEI-HONADOMANI-SB, el Líder del Equipo de Evaluadores Internos remite al Director General el "Documento Técnico: Plan de Autoevaluación-2015 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", cuyo objetivo general es "Desarrollar el proceso de autoevaluación 2015, en los plazos previstos y de acuerdo a la normatividad vigente", el mismo que como Documento Técnico cumple con la estructura y contenido establecido en el artículo 6.1.4 de la Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en ese sentido solicita su aprobación y oficialización;

Que, mediante Informe Nº 080-2015-CMI-DA-HONADOMANI.SB, la Coordinadora de Monitoreo Institucional de la Dirección Adjunta informa al Director Adjunto que, el "DOCUMENTO TECNICO: Plan de Autoevaluación - 2015 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se encuentra adecuado en estructura y forma, y cuenta con opinión favorable por cumplir los criterios establecidos según normatividad vigente;

Que, mediante Memorándum Nº 308-DA-HONADOMANI.SB.2015, el Director Adjunto pone de manifiesto al Director General el Plan de Autoevaluación - 2015 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" para su aprobación mediante Resolución Directoral;

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Oficina de Asesoría Jurídica;





En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural N° 34-2015/IGSS, y el artículo 11°, inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "DOCUMENTO TECNICO: Plan de Autoevaluación - 2015" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de diez (10) folios, que debidamente visados forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.



Artículo Segundo.- Corresponde a la Oficina de Gestión de la Calidad la responsabilidad de su difusión y cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente Resolución Directoral en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Docente Madre Niño "San Bartolomé".



Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Dr. EDGARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Director General
EMP: 10636 RNE: 6207

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Documento Autenticado
RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO
Reg N° Fecha 01 OCT. 2015

EWVP/RACL/JCVO/OMMV

- c.c
- DA
- DEA
- Equipo de Ev. Inter.
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
1.1.10.115
RECIBIDO
8:58

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOMÉ

DOCUMENTO TÉCNICO:

Plan de Autoevaluación 2015

Setiembre 2015



Walter Eguía
Evaluador
Internos

INDICE

	Pagina
I. Introducción	3
II. Justificación	3
III. Objetivos	4
IV. Alcance	4
V. Base legal	4
VI. Metodología de la Evaluación	5
VII. Cronograma de actividades	5
VIII. Equipo de Evaluación Anexos	6



[Handwritten signature]
Lina E. C.
Cronograma
1/1/2015
Pg. 2

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACION

I. Introducción

La Acreditación es un proceso de evaluación periódico con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulado y conocidos por los actores claves de la atención de la salud”

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad, ha regulado el proceso de acreditación, mediante la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada el 4 de Junio del 2007, mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA

El Hospital, tiene como objetivo estratégico obtener la acreditación, lo que sustenta una adecuada gestión clínica y seguridad de la atención, enfatizando la gestión del medicamento, la certificación de competencias y la docencia e investigación.

El proceso de acreditación en el HONADOMANI San Bartolomé, ha venido implementándose periódicamente a través de la supervisión y asistencia técnica que realiza la Oficina de Gestión de la Calidad, a través de la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cumplimiento del plan de mejora de la autoevaluación correspondiente a la evaluación del año anterior, en el marco del cumplimiento de uno de los indicadores trazadores de la institución, con el propósito de mejorar sus resultados, consideramos que asesoría técnica así como el proceso de autoevaluación por sí, nos permitirán aproximarnos cada vez a los estándares de calidad y de esta manera mejorar la atención de salud.

Desde el año 2008 al 2015 se han realizado siete procesos de autoevaluación los cuales han sido consignados en el Plan Operativo de la Oficina de Gestión de la Calidad.

Producto de ello se evidencia cambios en los procesos de atención que favorecen a los usuarios, en razón a ello existen muchas expectativas para el proceso correspondiente al año 2015.

II. Justificación

Dar cumplimiento a la Resolución Directoral. N°050-2007 Norma técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con fecha 19 febrero del 2008.



Cumplimiento del 5to objetivo Estratégico General del HONADOMANI SAN BARTOLOME. Obtener la acreditación como hospital III-1 que se sustenta en una adecuada gestión clínica y seguridad de la atención, enfatizando la gestión de medicamentos, la certificación de competencias y la docencia e investigación

La finalidad del presente plan es organizar el proceso de autoevaluación 2015 en el HONADOMANI San Bartolomé..

III. Objetivos

Objetivo General

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2015, en los plazos previstos y de acuerdo a la normatividad vigente.

Objetivos Específicos

- a) Implementar en la institución las acciones que garanticen el desarrollo armónico del proceso de autoevaluación conforme lo estipula la norma técnica.
- b) Determinar el grado de avance respecto al cumplimiento del listado de estándares desde la última autoevaluación

Alcance

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de categoría III-1

IV. Base Legal

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Decreto Ley N° 1161 "Ley de Organización y funciones del MINSA"
- Ley N° 27444, "Ley de Procedimientos Administrativos General"
- D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- R.M. N° 519-2006-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M N° 456-2007/MINSA. Aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-.V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- R.M. N° 270-2009/MINSA, "Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- R.D. N°192-DG-HONADOMANI SB/2015 "Aprueba el Plan Operativo Anual año 2015 del HONADOMANI San Bartolomé"



V. Metodología de la Evaluación

La autoevaluación se realizará utilizando los instrumentos de la autoevaluación revisados y validados en base a la experiencia de las autoevaluaciones anteriores realizadas en el HONADOMANI San Bartolomé.

Se aplicaran las siguientes técnicas de evaluación

- Observación.
- Encuesta
- Entrevista.
- Muestreo y Auditoria.
- Uso de la matriz de técnicas y fuentes auditables

VI. Cronograma de Actividades

El cronograma para el cumplimiento de las actividades de autoevaluación se encuentra consignado en los cuadros que a continuación presentamos

La institución debe garantizar el cumplimiento de la autoevaluación, según los plazos previstos durante el tiempo del desarrollo de la autoevaluación.

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION HOSPITAL SAN BARTOLOME 2015

ACTIVIDADES	Agosto	Setiembre	Octubre
Elaboración y presentación del Plan de Autoevaluación		4	
Discusión y análisis de los instrumentos de evaluación		16	2
Revisión y Validación de los instrumentos de evaluación			
Reunión informativa con el equipo de gestión ampliada del desarrollo de la Autoevaluación			9
Aplicación del listado de estándares		7-12	

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION HOSPITAL SAN BARTOLOME 2015

ACTIVIDADES	Setiembre	Octubre
Consolidación de los datos obtenidos	21	
Entrega de información cuantitativa y cualitativa	22	
Procesamiento de datos en aplicativo	23	
Análisis de resultados. Presentación de sugerencias y recomendaciones por Macro procesos	25-26	
Elaboración del plan de mejora	28-29	
Presentación de Informe final al Equipo de Gestión		9



VII. Equipo de Evaluación

La oficina de Gestión de la Calidad a través de la Unidad de Garantía de la Calidad es la responsable de la implementación del siguiente plan, para ello se ha conformado el Equipo de Evaluadores Internos.

El equipo de evaluadores internos fueron capacitados en lo que respecta a la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud y de acuerdo a sus competencias y con la aceptación respectiva de cada evaluador se realizó la asignación de los macro procesos a evaluar.

Miembros del equipo de evaluadores internos 2015

1	Dr. Augusto Diaz Falcón
2	Dr. Esteves Osso, Francisco
3	Dra. Ramírez Valladares, Maria Jesús
4	Dra. Rosas Vargas, Rosa Luz
5	Dra. Benavente Díaz, Esther
6	Dra. Aranda Alberto Mery
7	Dra. Huisa Espinoza, Lilia
8	Lic. Enf. Carranza Mendoza, Teresa
9	Lic. Enf. Chira Cordova, Irma Cecilia
10	Lic. Enf. Huamán Astocóndor, Flor de Maria
11	Lic. Enf. Melgar Salcedo, Pilar
12	Lic. Enf. Ortiz Socualaya, Mary
13	Lic. Enf. Ospinal Arévalo, Irene Angélica
14	Lic. Enf. Regalado Villegas, Dianira
15	Lic. Enf. Lopez Palma Medalit
16	Lic. Enf Acosta Rodriguez, Leyla
17	Obst. Huamani Valdivia, Felia
18	Obst Zapata Romero, Lidia Teodora
19	Obst. Gloria Asmat Bautista
20	QF. Espinoza Pizarro, Rocio
21	CPC. Reyna Silva Luz



[Handwritten signature]
 Unidad de Garantía de la Calidad
 Evaluadores Internos

VIII. Anexos



ANEXO N°1 DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES PARA LA EVALUACION DE LOS MACROPROCESOS

Grupo y Líder	Evaluadores Internos	Macroproceso	Áreas	Septiembre						
				7	8	9	10	11	12	
N°1 Líder: Dr. Augusto Diaz	Dr. Augusto Diaz Dra. Maria Ramirez Lic. Medallit López	Direccionamiento (DIR)	*Sub-Dirección General *Unidad de Organización-Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Unidad de Organización y Planeamiento.	x						
Grupo N°2 Líder: Dra. Mery Aranda	Dra. Mery Aranda Lic. Teresa Carranza CPC Luz Reyna	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	*Sub-Dirección General *Oficina Ejecutiva de Administración *Oficina de Personal *Jefaturas de Departamentos, Servicios, Unidades y Oficinas *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Unidad de capacitación-Oficina de Personal		x					
Grupo N°3 Lic. Teresa Carranza	Lic. Teresa Carranza Dra. Mery Aranda	Gestión de la Calidad (GCA)	*Oficina de Gestión de la Calidad *Unidad de Garantía de la Calidad-Oficina de Gestión de la Calidad *Unidad de Mejoramiento Continuo-Oficina de Gestión de la Calidad		x					
Grupo N°4 Líder: Lic. Pilar Melgar	Lic. Pilar Melgar Dra. Benavente Obst. Lidia Zapata Obst. Gloria Asmat	Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)	*Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Unidad de Garantía de la Calidad-Oficina de Gestión de la Calidad *Sub-Dirección General *Departamento Gineco-Obstetricia *Servicio de Patología Clínica (Unidad Banco de Sangre) *Departamento de Enfermería *Unidad de Salud Ambiental –Oficina de Epidemiología	x	x	x	x	x	x	x
Grupo N°5 Lic. Flor de Ma Huamán	Lic. Flor de Ma Huamán Lic. Cecilia Chira	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	*Sub-Dirección General *Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos *Servicio de Emergencia							x
Grupo N°6 Da. Maria Ramirez	Lic.C. Chira Da. Maria Ramirez	Control de la Gestión y Prestación (CGP)	*Sub-Dirección General *Departamentos Médicos *Unidad de Garantía Calidad –Oficina Gestión de la Calidad					x		Pg. 7

[Handwritten signature]
10/02/2015



DISTRIBUCION DE LOS RESPONSABLES PARA LA EVALUACION DE LOS MACROPROCESOS

Grupo y Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas	Septiembre					
				7	8	9	10	11	12
Grupo N°7 Líder: Obst. Felia Huamani	Obst. Felia Huamani Dr. Francisco Esteves Lic. Mary Ortiz	Atención ambulatoria (ATA)	*Sub-Dirección General *Oficina de Comunicaciones *Departamentos y servicios Médicos *Unidad de Garantía de la Calidad-Oficina de Gestión de la Calidad *Oficina de Comunicaciones	x	x	x	x	x	x
Grupo N°8 Líder: Dr. Francisco Esteves	Dr. Francisco Esteves Lic. Mary Ortiz Obst. Felia Huamani	Atención de Hospitalización (ATH)	*Sub-Dirección General *Oficina de Estadística e Informática *Departamento de Gineco-Obstetricia, Pediatría y cirugía Pediatría *Oficina de Epidemiología y Unidad de Salud Ambiental *Unidad de Garantía de la Calidad *Departamentos de Apoyo al Diagnóstico y Ayuda al Tratamiento	x	x	x	x	x	x
Grupo N°9 Líder: Dra. Luz Rosas	Dra. Luz Rosas Lic. Dianira Regalado	Atención de Emergencia (EMG)	*Sub-Dirección *Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos *Unidad de Garantía de la Calidad *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento *Servicio de Emergencia-Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos			x			
Grupo N°10 Líder: Lic. Dianira Regalado	Lic. Dianira Regalado Dra. Luz Rosas	Atención Quirúrgica (ATQ)	*Sub-Dirección *Departamento de Cirugía Pediátrica *Departamento de Gineco-Obstetricia *Departamento de Anestesiología y CQX *Departamento de Enfermería *Oficina de Gestión de la Calidad				x		
Grupo N°11 Líder: Dra. Lilia Huiza	Dra. Lilia Huiza QF. Rocío Espinoza	Docencia e Investigación (DIV)	*Sub-Dirección *Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Docencia e Investigación	x					

Grupo y Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas	Setiembre						
				7	8	9	10	11	12	
Grupo N° 12 Líder: QF. Rocío Espinoza	QF. Rocío Espinoza Dra. Lilia Huiza	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	*Departamento de Apoyo al Diagnóstico *Departamento de Ayuda al Tratamiento *Departamento de Ayuda al diagnóstico y apoyo al tratamiento				x			
Grupo N° 13 Líder: Lic. Medalift López	Lic. Medalift López Dr. Augusto Díaz	Admisión y Alta (ADA)	*Sub-Dirección *Oficina de Estadística e Informática *Unidad de Admisión			x				
Grupo N° 14 Líder: Lic. Teresa Carranza	Lic. Teresa Carranza Dra. Mery Aranda	Referencia y Contrarreferencia (RCR)	*Sub-Dirección *Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Seguros *Oficina Ejecutiva de Administración *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento	x						
Grupo N° 15 Líder: QF. Rocío Espinoza	QF. Rocío Espinoza Dra. Lilia Huiza	Gestión de Medicamentos (GMD)	*Sub-Dirección *Departamento de Apoyo al Tratamiento *Servicio de Farmacia-Unidad de Almacén		x					
Grupo N° 16 Líder: Lic. Irene Ospinal	Lic. Irene Ospinal Lic. Fior de Maria Huamán Lic. Leila Acosta	Gestión de la Información (GIN)	*Sub-Dirección *Oficina de Estadística e Informática *Unidad de Mejora Continua-Oficina de Gestión de la calidad. *Unidad de informática-Oficina de estadística e informática		x					
Grupo N° 17 Líder: Lic. Leila Acosta	Lic. Leila Acosta Lic. Irene Ospinal	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	*Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico *Servicio de Central de Esterilización *Servicio de Enfermería en Anestesiología y Central de Esterilización. *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Unidad de Salud Ambiental *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento					x		Pg. 9

Grupo y Líder	Evaluadores internos	Macroproceso	Áreas	Setiembre						
				7	8	9	10	11	12	
Grupo N° 18 Líder Lic. Dianira Regalado	Lic. Dianira Regalado Dra. Luz Rosas	Manejo de Riesgo Social (MRS)	*Departamento de Apoyo al Tratamiento *Servicio de Trabajo Social		x					
Grupo N° 19 Líder Lic. Irene Ospinal	Lic. Irene Ospinal Lic. Leila Acosta	Nutrición y Dietética (NYD)	*Departamento de Apoyo al Tratamiento *Servicio de Nutrición *Departamento de Enfermería - Servicios de Enfermería				x		x	
Grupo N° 20 Líder Lic. Medalit López	Lic. Medalit López Dr. Augusto Díaz CPC Luz Reyna	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	*Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Logística *Oficina Ejecutiva de Administración						x	
Grupo N° 21 Líder Lic. Cecilia Chira	CPC Luz Reyna Lic. Cecilia Chira	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	*Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico *Unidad de Proyectos e Inversión - OEPE *Oficina de Logística *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento *Oficina Ejecutiva de Administración						x	