



Nº 0371-DE-HONADOMANI-SB/2008

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
DR. ALFONSO AMORÓS CORTÉS
C.D. DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 11268

Resolución Directoral

Lima, 31 de Diciembre de 2008

Visto, el Expediente Nº 14535-08.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Directoral Nº 0100-DG-HONADOMANI-SB/2008 de fecha 15 de abril del 2008 se aprobó el Plan de Autoevaluación para el año 2008 para el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Que, estando a los resultados de la primera Autoevaluación institucional, con Resolución Directoral Nº 0333-DG-HONADOMANI-SB/2008 de fecha 05 de diciembre del 2008 se conformó el nuevo Equipo de Evaluadores Internos quienes actuando como órgano colegiado emitieron, aprobaron y vienen ejecutando las actividades acordadas en sujeción a las funciones asignadas en armonía al aprobado Plan de Autoevaluación, las mismas que por su naturaleza corresponde oficializar;

Con la visación de la Sub Dirección General, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica.



En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11º incisos b) y c) de la Resolución Ministerial Nº 884-2003-SA/DM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Incorporar al "Plan de Autoevaluación para el año 2008" del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé las actividades y cronogramas contenidos en el expediente Nº 14535-08, compuesto de nueve (09) 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.

- JCC/NCV/RPAG.
- Cc.
- SDG
- DEA
- OAJ
- OGC
- JDM
- LEI
- Interesado
- Archivo

El presente documento es "COPIA FIEL DEL ORIGINAL" que he tenido a la vista
Sr. PEDRO ALBERTO CORDAS GUEVARA
FEDATARIO
HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"
Fecha: 31 DIC. 2008

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"
DR. JULIO CANO CARDENAS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 12728

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
Ministerio de Salud

PLAN DE AUTOEVALUACION

Lima, Diciembre 2008

1. Introducción

En el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la Acreditación es una estrategia importante 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

En cumplimiento con la RD. N° 0333-DG-HONADOMANI-SB-2008 de Acreditación

Con fecha 05 DE DICIEMBRE DE 2008, se conforma el Equipo de Evaluadores Internos mediante resolución Directoral N° 0333-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 1º taller de capacitación a los evaluadores internos, quedando el equipo formado por 15 evaluadores internos en total y el 29 de Octubre y 6 de Noviembre 2008 el 2º taller quedando capacitados 19 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

Determinar el nivel de los estándares de calidad de los macro procesos de la Acreditación, mediante la autoevaluación del HONADOMANI San Bartolomé para elaborar una propuesta de mejora continua.

Específicos

- a) Revisar y validar los instrumentos de evaluación
- b) Desarrollar el proceso de Autoevaluación
- c) Determinar el grado de avance en relación a la primera autoevaluación
- d) Elaborar una propuesta de mejora continua en las áreas involucradas en cada macroproceso.

6. Metodología

La autoevaluación se realizará utilizando los instrumentos de la autoevaluación revisados y validados en base a la experiencia de la primera autoevaluación en el HONADOMANI San Bartolomé,

7. Cronograma

El cronograma se adjunta en el anexo 1 y Anexo 2

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

8. Equipo de Evaluadores Internos

1. Dr. Augusto Díaz Falcón
2. Dra. Sonia Villasante Valera
3. Dra. Rocío León Rodríguez
4. Dr. Alfredo Torres Tello
5. Dr. Jorge Gutarra Canchucaya
6. Dr. David Cornejo Falcón
7. Dr. Dany Domínguez Garces
8. Lic. Lili Urrutia Santillán
9. Lic. Irene Ospinal Arévalo
10. Lic. Justa Cárdenas Quintana
11. Lic. Mary Ortiz Socualaya
12. Lic. Maria Macassi Meza
13. Lic. Lucy Aliaga Ordoñez
14. Lic. Cecilia Chira Cordova
15. Lic. Virginia Gutierrez Cahuana
16. Lic. Flor de Maria Huaman Astocondor
17. Obst. Flor de Maria Meza Huaman
18. Administ. Eda Chavez Espiritu
19. Administ. Sergio Monge Gomez

Anexo n°1

CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL San Bartolomé

| ACTIVIDADES | RESPONSABLE | Diciembre | Enero |
|--|-------------|-----------|-------|
| Reuniones del equipo evaluador para y designación de evaluador líder Designación de responsables por cada macroproceso. | | 5 | |
| Elaboración y presentación del Plan de Autoevaluación | | 11 | |
| Discusión y análisis de los instrumentos de evaluación | | 3-4-5 | |
| Validación de los instrumentos de evaluación | | 11 | |
| Reunión informativa con el equipo de gestión ampliada del desarrollo de la segunda autoevaluación | | | 6-7 |

Anexo n°2

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SB

| Actividades | Responsable | Enero | | Febrero | |
|---|-------------|----------|-------|---------|-------|
| | | 14 al 17 | 20-21 | | 21 |
| Aplicación de los Estándares | | | | | |
| Consolidación de los datos obtenidos | | | | | |
| Procesamiento de datos en aplicativo | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | |
| Presentación de sugerencias y recomendaciones por macroprocesos | | | | | 3 |
| Elaboración del plan de mejora | | | | | 12-19 |
| presentación de Informe final al equipo de gestión | | | | | 21 |

CRONOGRAMA DE LA AUTOEVALUACIÓN EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME

| Grupo | Grupo de Evaluadores internos | Macro proceso | unidad prestadora de servicios | Día 14 Ene | Día 15 Ene | Día 16 Ene | Día 17 Ene |
|--|---|---|---|------------|------------|------------|------------|
| Grupo N°1 Líder Dra. Rocio León | Sra. Eda Chavez Dra. Rocio León Sr. Sergio Monge | Direccionamiento (DIR) | *Unidad de Organización-Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico *Sub-Dirección General *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Unidad de Planes y Proyectos-Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico. | X | | | |
| | | Gestión de Recursos Humanos (GRH) | *Oficina Ejecutiva de Administración *Oficina de Personal *Sub-Dirección General *Jefaturas de Departamentos, Servicios, Unidades, Áreas, Oficinas *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Área de Capacitación | | | X | |
| | | Control de la Gestión y Prestación (CGP) | *Sub-Dirección *Departamentos *Oficina de Gestión de la Calidad *Coordinación de Garantía de la Calidad | | X | | |
| Grupo N°2 Líder Lic. Irene Ospinal | Lic. Flor de María Huamán Lic. Irene Mateo Lic. Irene Ospinal | Gestión de la Calidad (GCA) | *Oficina de Gestión de la Calidad *Coordinación de Garantía de la Calidad *Coordinación de Mejoramiento Continuo | X | | | |
| | | Docencia e Investigación (DIV) Nutrición y Dietética (NYD) | *Sub-Dirección de Planeamiento Estratégico *Oficina de Docencia e Investigación *Departamento de Apoyo al Tratamiento Nutrición de *Servicios de Enfermería | | X | X | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|---|
| Grupo N°3 Líder Lic. Cecilia Chira | Lic. Cecilia Chira Dr. Augusto Diaz. | Manejo del Riesgo de la Atención (MIRA) | *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Coordinación de Garantía de la Calidad *Sub-Dirección General *Dep. Gineco-Obstetricia *Servicio de Patología Clínica (Bco Sang.) *Departamentos Médicos *Departamento de Enfermería *Área de Salud Ocupacional/Salud Ambiental | X | | | |
| Grupo N°4 Líder Dra. Sonia Villasante | Dra. Sonia Villasante Lic. Lucy Aliaga | Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD) | *Sub-Dirección General *Departamento de Emergencia *Servicio de Emergencia | X | | | |
| | | Atención de Apoyo y Diagnóstico Tratamiento (ADT) | *Departamento de Apoyo al Diagnóstico *Departamento de Ayuda al Tratamiento *Servicios AD y AT | X | | | X |
| Grupo N°5 Líder Dr. Torres | Lic. Flor de María Meza Dr. Torres | Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF) | *Planeamiento estratégico *Área de Proyectos *Oficina de Logística *Oficina de Servicios Generales *Oficina Ejecutiva de Administración | | | | |
| | | Atención Ambulatoria (ATA) | *Sub-Dirección General *Oficina de Comunicaciones *Departamentos Médicos *Coordinación de Garantía de la Calidad *Oficina de Comunicaciones *Servicios Médicos | X | | | X |
| | | Atención de Hospitalización (ATH) | *Oficina de Estadística e Informática *Servicios Médicos *Departamentos Médicos *Sub-Dirección General *Departamento de Gineco-Obstetricia *Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental *Coordinación de Garantía de la Calidad *Departamentos de Apoyo al Diagnóstico y Ayuda al Tratamiento | X | | | X |

| | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Grupo N°6 Líder Dr. Dominguez | Dr. Dominguez Lic. Mary Ortiz | Atención de Emergencia (EMG) | *Sub-Dirección *Departamento de Emergencia *Coordinación de Garantía de la Calidad *Oficina de servicios generales y Mantenimiento *Servicio de Emergencia | X | X | | |
| | Dr. Dominguez Lic. Virginia Gutiérrez | Atención Quirúrgica (ATO) | *Sub-Dirección *Departamento de Cirugía Peditárica *Departamento de Gineco-Obstetricia *Departamento de Anestesiología y CQX *Departamento de Enfermería *Oficina de Gestión de la Calidad | | | X | X |
| Grupo N°7 Líder Lic. Justa Cardenas | Lic. Justa Cardenas Lic. Maria Macassi | Admisión y Alta (ADA) | *Sub-Dirección *Oficina de Estadística e Informática* *Area de Admisión | | | X | X |
| | | Referencia y Contrarreferencia (RCR) | *Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Seguros *Oficina Ejecutiva de Administración *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento *Sub-Dirección | X | X | | |
| Grupo N°8 Líder Dr. Cornejo | Dr. Cornejo Lic Lily Urrutia | Gestión de Medicamentos (GMD) | *Sub-Dirección *Departamento de Ayuda al Tratamiento *Servicio de Farmacia *Servicio de Farmacia-Unidades | X | X | | |
| | | Gestión de Insumos y Materiales (GIM) | *Oficina de Planeamiento Estratégico *Oficina de Logística *Oficina Ejecutiva de Administración | | | X | X |
| Grupo N°9 Líder Dr. Gutarra | Dr. Gutarra Lic. Maria Macassi | Gestión de la Información (GIN) | *Sub-Dirección *Oficina de Estadística e Informática *Coordinación de Mejora Continua *Area de Informática | X | X | | |
| | Dr. Gutarra Lic. Cecilia Chira | Manejo de Riesgo Social (MRS) | *Departamento de Apoyo al Tratamiento *Servicio de Trabajo Social | | | X | X |

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|---|
| Grupo N°10 Líder Lic. Mary Ortiz | Lic. Mary Ortiz Lic. Virginia Gutiérrez | Decontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE) | *Departamento de COX *Servicio de Central de Esterilización y Central de Anestesiología y *Oficina de epidemiología y Salud Ambiental *Área de Salud Ocupación *Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento | | | | X |
|---|---|--|--|--|--|--|---|

