



Resolución Directoral

Lima, 26 de Agosto de 2019

Visto, el Expediente Nº 12758-19; y

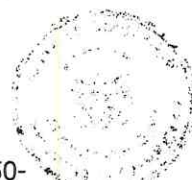
CONSIDERANDO:

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 o servicios 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 realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento"*. Asimismo se debe tener presente lo señalado en el numeral VI de las Disposiciones Específicas - "Procedimientos para el Proceso de Acreditación, que en el Nro. 4º señala que: "Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional";

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2017, que resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; dentro de este contexto, el numeral 6.1.3. Guía Técnica, define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales, sanitarias. En ella se establece procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso o de una buena práctica. Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía Práctica (GPC);

Que, mediante Resolución Directoral Nº 141-2019-DG-HONADOMANI-SB, de fecha 12 de agosto de 2019, se resuelve conformar el Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso Autoevaluación 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual está integrado por una relación de dieciocho (18) profesionales;

Que, mediante Nota Informativa Nº 162-2019-OGC-HONADOMANI-SB, e fecha 21 de agosto de 2019, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, pone de conocimiento al Director General (e) que se ha elaborado el Plan de Autoevaluación, el mismo que requiere ser



PTOS. 0000 0000



oficializado mediante Resolución Directoral, tal como lo establece la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo";

Que, a través de la Hoja de Ruta de Tramite General, el Director General (e) del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, proyecte el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General (e) del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 546-2018/MINSA y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico "Plan de Autoevaluación 2019" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", la misma que consta de ocho (08) folios, que debidamente visados y foliados que se adjuntan a la presente Resolución Directoral

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la difusión, cumplimiento del Plan de Autoevaluación 2019, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la Resolución Directoral, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Artículo Cuarto.- Notificar la presente Resolución Directoral a los interesados y a los estamentos correspondientes.

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. ILDA GUZMÁN AGUIRRE SOSA
Directora General (e)
DNI 28824 01828

IAS/CCA/lccs
c.c.

- DA
- OGC
- OAJ
- DEI
- Archivo



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GOMEZ
FEDATARIO
Reg. N° Fecha: 26 AGO. 2019



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOMÉ

DOCUMENTO TÉCNICO:

*Plan de
Autoevaluación
2019*

Agosto 2019

INDICE

	Pagina
I. Introducción	3
II. Justificación	4
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	6
Anexos	



DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2019

I. Introducción

Se entiende por acreditación el proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud la cual está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares.

Para la Comisión Nacional Sectorial de Acreditación del Ministerio de Salud, es una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos, quienes aplican los criterios contenidos en el listado de estándares.

La etapa previa al proceso de acreditación es la autoevaluación, actividad periódica y obligatoria que deben cumplir los establecimientos de salud. En el hospital San Bartolomé se realiza desde el año 2008, en el marco del cumplimiento de lo estipulado en la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud que regula la Acreditación en los establecimientos de Salud; aprobada el 4 de Junio del 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.

El resultado que obtuvo el Hospital San Bartolomé en la última autoevaluación fue 74% y como promedio a lo obtenido los últimos nueve años es del 65%.

Si bien el hospital aún esta distante de alcanzar el estándar (85%). La Oficina de Gestión de la Calidad elabora periódicamente un plan para mejorar el cumplimiento del listado de estándares de evaluación y producto de la implementación los resultados no reflejan en todos los casos mejoras, pudiendo estar relacionado con el poco compromiso de algunos responsables de las áreas por cumplir con estándares de calidad.

Este año está programado realizar la autoevaluación en el hospital San Bartolomé en el mes de setiembre, motivo por el cual la Oficina de Gestión de la Calidad, ha dado inicio con la capacitación de los nuevos evaluadores internos en temas referentes a la Autoevaluación y a los evaluadores internos continuadores, capacitación en "Actualización en Normas Técnicas de reciente aprobación.

II. Justificación

Dar cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA aprueba la Norma Técnica N°050-2007 Norma técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con fecha 19 febrero del 2008.

Dar cumplimiento al indicador n°1 del Plan de Gestión de la Calidad 2018 "Desarrollo de la Autoevaluación en el HONADOMANI San Bartolomé"



III. Objetivos

Objetivo General

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2019, para la Acreditación de Establecimientos de Salud según los criterios de evaluación determinados por la Norma Técnica de Acreditación en Establecimientos, en los plazos previstos y de acuerdo a la normatividad vigente.

Objetivos Específicos

- a) Determinar el porcentaje de cumplimiento de los criterios de evaluación, contenidos en el listado de estándares.
- b) Implementar en el HONADOMANI San Bartolomé, acciones que garanticen el desarrollo armónico del proceso de autoevaluación conforme lo estipula la Norma Técnica.

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 por los evaluadores internos en los procesos anteriores realizados en el HONADOMANI San Bartolomé.

Durante la evaluación se aplicaran las siguientes técnicas de evaluación, conforme lo estipula la Norma de Acreditación para Establecimientos de Salud del MINSA.

- Observación.
- Encuesta
- Entrevista.
- Muestreo y Auditoria.



- Uso de la matriz de técnicas y fuentes auditables

VI. Cronograma de Actividades

La institución debe garantizar el cumplimiento de la autoevaluación, según los plazos previstos para ello se elaboró el cronograma de actividades de autoevaluación, lo siguiente;

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION HOSPITAL SAN BARTOLOME 2019

ACTIVIDADES	Responsable	Agosto	Setiembre
Reuniones con el equipo de evaluadores internos y designación del líder	OGC	19	
Reunión de trabajo con el equipo evaluadores para revisar instrumentos de evaluación	Líder	23	
Presentación del plan de autoevaluación	UGC	22	
Difusión del plan de autoevaluación aprobado	UGC	27	
Información a los jefes sobre el proceso de la autoevaluación	UGC/Lider	28	
Aplicación del listado de estándares	Líder/ UGC		3 al 6
Entrega de los resultados cuantitativos y cualitativos	E.I		Hasta el 13
Procesamiento de datos	Líder/E.I		Del 9 al 12
Análisis de los resultados	UGC		Hasta el 17
Elaboración y entrega del informe final	Líder/ UGC		30

La distribución de los responsables para evaluar los 21 macro procesos que nos corresponde, se determinó voluntariamente, previamente se explicó el contenido de los macro procesos.

Cada evaluador asumió la responsabilidad de evaluar dos o tres macro procesos.

En los cronogramas que a continuación presentamos, se detalla los nombres de los evaluadores, el nombre del macroproceso, la fecha de evaluación y el área a evaluar.

El horario de la autoevaluación será los días 3, 4, 5 y 6 de Setiembre desde las 8:00 horas hasta las 16:00 horas



MACROPROCESOS GERENCIALES

EVALUADORES	MACROPROCESO	SETIEMBRE				ÁREAS A EVALUAR
		3	4	5	6	
Dr. Álvaro Santivañez Dr. César Velazco	Macroproceso n°1 Direccionamiento	X				Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Epidemiología, Departamento de Gineco Obstetricia.
Trab. Soc. Elsa Fernandez Psic. Carlos Cajo	Macroproceso n°2 Gestión de Recursos Humanos	X				Oficina de Recursos Humanos, Unidad de Capacitación y Legajo, Bienestar de personal, Departamentos y/o Servicios Asistenciales.
Dra. Giselle Díaz Dr. Iván León	Macroproceso n°3 Gestión de la Calidad		X			Oficina de Gestión de la Calidad, Unidad de Garantía de la Calidad, Unidad de Mejoramiento Continuo.
Obst. Lidia Zapata Asist. Adm. Miluska Teran C.D. Marlene Vega	Macroproceso n°4 Manejo del Riesgo de la Atención	X	X		X	Sub Dirección General, Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, Oficina de Gestión de la Calidad, Departamento de Ginecoobstetricia, Dpto. Medicina Pediátrica, Dpto de Cirugía Pediátrica, Dpto de Ayuda al Diagnóstico.
Lic. Enf. Jackeline Macassi Abog. Adolfo Philippon	Macroproceso n°5 Gestión de Seguridad ante Desastres	X				Jefaturas de las siguientes Unidades Orgánicas: Unidad de Defensa Civil, Servicio de Emergencia, Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento, Servicio de Farmacia de Emergencia.
Dra. Lilia Huiza Dra. Giselle Díaz	Macroproceso n°6 Control de la Gestión y Prestación	X				Sub Dirección, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Planeamiento Estratégico, Servicio de Emergencia, Oficina de Estadística.

MACROPROCESOS PRESTACIONALES

EVALUADORES	MACROPROCESOS	SETIEMBRE				ÁREAS A EVALUAR
		3	4	5	6	
Obst. Felia Huamaní Trab. Elsa Fernandez Dr. Celso Huarcaya	Macroproceso n°7 Atención ambulatoria		X		X	Gineco Obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediatría, Comunicaciones, Unidad de Garantía de la Calidad.
Obst. Felia Huamaní Dr. César Velazco	Macroproceso n°9 Atención de Hospitalización	X		X		Gineco Obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediatría, Sub Dirección, Unidad Garantía de la Calidad.
Q.F. Elvira Rojas Dr. Celso Huarcaya	Macroproceso n°10 Atención de Emergencia				X	Sub Dirección General, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Unidad de Garantía de la Calidad, Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
Dr. Álvaro Santivañez Enf. Jackeline Macassi	Macroproceso n°11 Atención Quirúrgica			X		Sub Dirección General, Departamento de Cirugía Pediatría, Departamento de Gineco-Obstetricia, Departamento de Anestesiología, Departamento de Enfermería, Oficina de Gestión de la Calidad.
Dra. Fanny Bendezu Lic. Adm. Diana Infante	Macroproceso n°12 Docencia e Investigación	X				Jefe de Oficina de Docencia e Investigación.

MACROPROCESOS DE APOYO

EVALUADORES	MACROPROCESOS	SEPTIEMBRE				AREAS A EVALUAR
		3	4	5	6	
Dr. Cesar Velazco C.D. Marlene Vega	Macroproceso n°13 Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tto.				X	Departamento de Ayuda al Diagnóstico, Departamento de Apoyo al Tratamiento.
Trab. Elsa Fernández Enf. Jackeline Macassi	Macroproceso n°14 Admisión y Alta		X			Oficina de Estadística e Informática, Unidad de Admisión, Unidad de Archivo.
Dr. Álvaro Santivañez Q.F. Elvira Rojas	Macroproceso n°15 Referencia y Contrarreferencia	X				Sub Dirección General, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Seguros, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
Dra. Lilia Huiza Q.F. Elvira Rojas	Macroproceso n°16 Gestión de Medicamentos	X			X	Sub Dirección General, Departamento de Apoyo al Tratamiento, Servicio de Farmacia.
Abog. Adolfo Philippon Psic. Carlos Cajó	Macroproceso n°17 Gestión de la Información		X			Sub Dirección General, Oficina de Estadística, Oficina de Informática, Oficina de Gestión de la Calidad.
Dr. Iván León Dra. fanny Bendejú Enf. Flor de Maria Huamán	Macroproceso n°18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	X	X	X		Central de Esterilización, Dpto. Medicina Pediátrica, Dpto. Cirugía Pediátrica, Dpto. Gineco-Obstetricia.
Abog. Adolfo Philippon Asist. Adm. Miluska Terán	Macroproceso n°19 Manejo de Riesgo Social			X		Departamento de Apoyo al Tratamiento, Servicio de Trabajo Social.
Enf. Flor de Maria Huamán Obst. Lidia Zapata	Macroproceso n°20 Nutrición y Dietética			X		Departamento de Apoyo al Tratamiento, Servicio de Nutrición, Departamento de Enfermería.
Lic. Adm. Diana Infante Dra. Lilia Huiza	Macroproceso n°21 Gestión de Insumos y materiales		X			Oficina de Logística, Unidad de Programación y Unidad de Almacén.
Dra. Giselle Díaz Asist. Adm. Miluska Terán	Macroproceso n°22 Gestión de Equipos e Infraestructura			X		Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Proyectos e Inversión (OEPE), Oficina de Logística, Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.

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, quienes fueron seleccionados considerando sus competencias lo que garantiza el proceso de evaluación. Asimismo la Oficina de Gestión de la Calidad con el objetivo de actualizar los conocimientos de los evaluadores internos en el tema de acreditación organizo una actividad científica el día 19 de agosto desde las 8:30 hasta las 13:30 horas

Miembros del equipo de evaluadores internos 2019

El equipo de evaluadores internos está formado por 18 miembros Oficializados con Resolución Directoral N°141 2019 DG- HONADOMANI SB. En el presente proceso hay 9 evaluadores nuevos, debido a la renuncia del 30% de evaluadores continuadores, en su mayoría Enfermeras y médicos cuya justificación fue aceptada por el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.

1. Dr. Santivañez Pimentel, Álvaro
2. Dra. Huiza Espinoza, Lilia Francisca
3. Dra. Díaz Inca, Gisselle
4. Dra. Bendezu Ibarra, Fanny Beatriz
5. Dr. Velazco Bonzano, Cesar
6. Dr. León Fonseca, Ivan Alexander
7. Dr. Huarcaya Huaypar, Celso
8. Lic. Enf. Huamán Astocóndor, Flor de Maria
9. Lic. Enf. Macassi Meza, Jackeline
10. Odont. Vega Quiñones, Maria
11. QF. Rojas Torres, Elvira
12. Lic. Fernández Torres, Elsa
13. Adm. Terán Vásquez, Miluska
14. Adm. Infante Zapata, Diana
15. Obst. Huamaní Valdivia, Felia
16. Obst. Zapata Romero, Lidia Teodora
17. Abogado. Philippon Chang, Adolfo Francisco
18. Psc. Cajo Senccho, Carlos

VIII. Anexos

