



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 16 de Setiembre de 2019

VISTO: El Expediente N° 22531-2019, con el Oficio N° 146-OGC-2019-HCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe N° 974-OAJ/HCH, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es una 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, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", establece que: *"Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la seguridad y calidad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda"*;

Que, la norma acotada en el acápite anterior, en su artículo 96°, dispone que: *"A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9° del presente reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención en salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan al proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios"*;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006- MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico *"Sistemas de Gestión de la Calidad de Salud"* el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Salud, orientándolo a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, asimismo mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 50-MINSA-DGSP.V.02, *"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*, la cual señala dos fases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, publicada el 25 de abril del 2009, se aprobó la *"Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*, cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, de acuerdo a la propuesta realizada por la Oficina de Gestión de la Calidad, el documento Plan de Autoevaluación Institucional del Hospital Cayetano Heredia 2019, tiene por objetivo general evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes macroprocesos establecidos según la normatividad vigente;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas del Hospital Cayetano Heredia, brindando a la Alta Dirección un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afecten a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Oficina de Gestión de la Calidad y en consecuencia emitir el acto resolutorio que apruebe el "Plan de Autoevaluación del Hospital Cayetano Heredia 2019";

Que, a través del Oficio N° 146-OGC-2019-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad recomienda la aprobación de "Plan de Autoevaluación Institucional del Hospital Cayetano Heredia 2019";



Que, el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-SA/MINSA, dispone que la Dirección General esta cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directoral en los asuntos de su competencia;



Que, estando a lo propuesto por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 974-2019-OAJ/HCH;

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

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. - **APROBAR**, "Plan de Autoevaluación Institucional del Hospital Cayetano Heredia 2019"; el mismo que se adjunta y forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°. - **ENCARGAR**, a la Oficina de Gestión de la Calidad el cumplimiento del "Plan de Autoevaluación Institucional del Hospital Cayetano Heredia 2019", aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°. - **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:
() DG
() OGC
() OAJ

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA ECHELVIN DE MONTAÑEZ
DIRECTORA GENERAL
D.M.R. 23579 - 0001-1934



**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

**PLAN DE
AUTOEVALUACIÓN DEL
HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA
2019**

Lima, 2019



Dra. Aida Ramirez Palacios
Directora General
Hospital Cayetano Heredia

Dr. Juan Carlos Quispe Cuba
Director Adjunto
Hospital Cayetano Heredia

Mg. Marlene Inés Huaylinos Antezana
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Evaluador Lider:
Dra. Ana Beatriz Bustamante Rufino

EVALUADORES INTERNOS

Evaluadores Internos

Dr. Ana Beatriz Bustamante Rufino
Mg. Marlene Inés Huaylinos Antezana
Mg. Nélida Romero Flores
Lic. Ana Graña Espinoza
Lic. Elia Nerida Cornelio Bustamante
Mg. Obst. Guadalupe Olinda Ríos De los Ríos
Mg. María Lourdes Díaz Caramutti
Lic. Ela Vitor Sánchez
Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe
Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar
Lic. Cecilia Luis Miranda
Lic. Nancy Pecho Nuñez
Lic. Nerida Jaco Valentín
Tec. Adm. Yolanda Quiróz Gavidia
Lic. Maria Elena Aguirre Jará
Lic. Marlene Caffo Marruffo
Lic. Pilar Yovera Ancajima
Lic. Mela Rojas Solier
Lic. Lourdes Nieto Castellanos
Lic. María Esperanza Valverde



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA AÑO 2019

Índice

I.- Introducción	04
II.- Justificación.....	05
III.- Alcance	06
IV.- Base Legal	06
V.- Objetivos	07-
VI.- Metodología.....	07-08
VII.- Equipo de Evaluadores Internos	09
VII.- Cronograma de actividades	10-12



I.- INTRODUCCIÓN

La acreditación, definida como un «Proceso de evaluación externa, periódico, 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 de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo».

Para iniciar el proceso de acreditación, las instituciones hospitalarias deben realizar en primer lugar la autoevaluación, pues es la fase inicial de la evaluación del proceso de acreditación en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos. Este proceso de la autoevaluación, es el reconocimiento de la institución hospitalaria sobre el cumplimiento de los estándares, en base a la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. El elemento fundamental de mejoramiento de la calidad contenido en la acreditación, es el proceso de reflexión interna de la institución centrado en los resultados de la atención a los usuarios.

Es importante señalar que los estándares del proceso de acreditación se orientan a la mejora del proceso y al resultado de la atención directa al usuario y evalúan a la institución en forma integral. En este caso se tiene que evaluar los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo. Cada macroproceso cuenta con estándares y cada estándar tiene criterios preestablecidos..

En ese contexto, el Hospital Cayetano Heredia, a través de la Oficina de Gestión de 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.



II.- JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud ha dispuesto, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, la realización del proceso de acreditación como una exigencia para todos los establecimientos de salud a nivel nacional. Dicho proceso se ejecutará en el marco de la *Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NST N° 50-MINSA-DGSP: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*. Esta norma técnica señala dos fases claramente definidas durante el proceso. La primera que corresponde a la evaluación interna y la segunda que consiste en una evaluación externa.

La autoevaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los procesos de los servicios de salud, de esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de los usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.

La evaluación interna también denominada autoevaluación, brinda a la Alta Dirección del hospital un diagnóstico general de la institución, permitiendo identificar los problemas o debilidades que afectan a la organización, las cuales se constituirán en una oportunidad de mejora, para luego desplegar acciones de mejora a ejecutar durante el presente año.



III.- OBJETIVO

Objetivo General:

- ✓ Evaluar el cumplimiento de los estándares y criterios de los diferentes macroprocesos establecidos según la normatividad vigente.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar oportunidades de mejora que afectan la calidad de los servicios a los usuarios del Hospital Cayetano Heredia, a través de la aplicación de los estándares de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Promover una cultura de calidad en los servicios de atención al usuario del Hospital Cayetano Heredia, a través de mecanismos de autoevaluación.
- ✓ Facilitar en la toma de decisiones gerenciales a través de los resultados del proceso de autoevaluación institucional.

IV.- ALCANCE

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria para todas las unidades orgánicas tales como, direcciones, departamentos finales e intermedios, Oficinas Administrativas, del Hospital Cayetano Heredia.

V.- BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
3. D. Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
4. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
5. Resolución Ministerial N° 456 -2007/MINSA que aprueba la NST N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
6. Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del HNCH.
7. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo



VI.- METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

Técnicas de evaluación

El equipo de evaluadores internos del HCH utilizará diversas técnicas, tales como:

- ✓ Verificación de documentos
- ✓ Observación directa de los procesos
- ✓ Entrevistas
- ✓ Muestreo
- ✓ Encuestas
- ✓ Auditorías de registros médicos

Instrumento a utilizarse

El instrumento que se empleará durante la auto-evaluación será el listado de estándares de acreditación, el cual contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación que consta de 21 macroprocesos.

Proceso de ejecución

La metodología de trabajo del día a día en el periodo de la ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
- El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- El equipo de acreditación y el evaluador líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del Informe preliminar estará a cargo de evaluador líder y equipo de acreditación.
- La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Finalmente, el Equipo de Acreditación hará la presentación de los resultados ante autoridades del Hospital Cayetano Heredia.



**VII.- EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS 2019 DEL HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA**

Evaluador Líder: Dra. Ana Beatriz Bustamante Rufino

Nº	MACROPROCESOS	Evaluadores Internos	Nº EQUIPO
2	Gestión de Recursos Humanos	Lic. Mela Esperanza Rojas Solier Mg. Nérida Leonor Romero Flores T.M. Cleofe del Pilar Yovera Ancajima	1
6	Control de la Gestión y Prestación		
3	Control de la Gestión de la Calidad	Lic. Ela María Vitor Sánchez	2
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Mirtha Adriana Aburto Quispe	
4	Manejo de Riesgos en la Atención	Mg. Obst. Guadalupe Olinda Ríos de los Ríos Lic. María Esperanza Valverde Gonzales Dra Grace Evelyn Rodas Tuesta	3
5	Gestión de Seguridad Ante Desastres	Mg. Marlene Inés Huaylinos Antezana Mg. María Lourdes Díaz Caramutti Sr. Henry Douglas Montaña Flores	4
1	Direccionamiento		
10	Atención de Emergencia		
13	Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	T.M. Cecilia Luis Miranda Dra. María Isabel Rosas Pimentel Lic. Lourdes Nieto Castellanos	5
15	Referencia y Contrareferencia		
11	Atención Quirúrgica	Lic. Ana Beatriz Rosario Graña Espinoza Lic. Elia Nérida Cornelio Bustamante	6
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización		
9	Atención de Hospitalización	Dra. Ana Beatriz Bustamante Rufino Lic. María Lourdes Díaz Caramutti Dra. María Isabel Rosas Pimentel	7
12	Docencia e Investigación	Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar Lic. Marlene Esperanza Caffo Marrufo	8
19	Manejo del Riesgo Social		
14	Admisión y Alta	Lic. María Elena Aguirre Jara Tec. Adm. María Yolanda Quiroz Gavidia	9
17	Manejo de la Información		
7	Atención Ambulatoria		
16	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nancy Isabel Pecho Nuñez Lic. Nérida Vitalia Jaco Valentín	10
21	Gestión del Medicamento		
20	Nutrición y Dietética		



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACION 2019

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	JUNIO				JULIO				AGOSTO - SET IEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Coordinación con la Dirección General para la conformación del equipo de acreditación.	Jefe de la OGC	X		X																					
2	Conformación del equipo de acreditación 2019	Dirección General	X																							
3	Oficialización del equipo de acreditación	Dirección General				X																				
4	Oficialización del equipo de los autoevaluadores internos con R.D.	Dirección General				X																				
5	Reunión con el equipo de acreditación	Dirección adjunta					X																			
6	Reunión con el equipo de evaluadores internos para la elección del evaluador líder	Dirección General					X																			
7	Capacitación al equipo de evaluadores internos por macroprocesos	Equipo de acreditación								X																
8	Reunión para elaborar el plan de autoevaluación	Equipo de Acreditación /Equipo Evaluadores internos									S		S													
9	Aprobación del Plan de Autoevaluación	Dirección General											S													
10	Preparar los instrumentos para la autoevaluación.	EVI											S	X												
11	Comunicación Oficial a la DIRIS / MINSA para el inicio de la autoevaluación.	Dirección General													X											



Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	JUNIO				JULIO				AGOSTO- SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
12	Remitir a los jefes de las diferentes unidades orgánicas los estándares y criterios de evaluación. Reunión de apertura: Reunión general con los jefes de las diferentes unidades orgánicas para el inicio de la autoevaluación del año 2019				-							S	S														
13		Dirección General																									
14	Emitir Documentaciones a los jefes, para otorgar las facilidades a los evaluadores internos para el proceso de la autoevaluación.	Dirección General																		X							
15	Interacción de los autoevaluadores internos con las jefaturas de los servicios.	Equipo de evaluadores internos																									
16	Ejecución de la autoevaluación	Equipo de evaluadores internos																									
17	Supervisión y monitoreo de los procesos de la autoevaluación.	Equipo de Acreditación y evaluador líder																									
18	Consolidación de los informes parciales.	Evaluadores internos y evaluador líder																									



PLAN DE AUTOEVALUACION 2018