



Resolución Directoral

Puente Piedra, 12 de JULIO del 2022

VISTO:

El Expediente N° 0004831 que contiene el Informe N° 371-06-2022-UGC-HCLLH/MINSA, el Informe N° 063-07/2022-PE-OPE-HCLLH, el Proveído N° 097-07/2022-OPE-HCLLH/MINSA, la Nota Informativa N° 160-07-2022-AL-HCLLH, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar VI de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que es 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, de conformidad con el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que el Director Médico o el responsable de la atención de salud le corresponde asegurara la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento f los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MUINSA se aprobó la NTS N° 050-MINSA /DGSP-V.02 – Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, 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 capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA 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 fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, en mérito a ello, mediante Informe N° 371-06-2022-UGC-HCLLH/MINSA de fecha 22 de junio de 2022, la Jefatura de la Unidad de la Gestión de la Calidad remite a la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para su revisión y posterior aprobación;

Que, en mérito a ello, con proveído N° 097-07/2022-OPE-HCLLH/MINSA de fecha de recepción 08 de julio de 2022, el Jefe de la Oficina Planeamiento Estratégico, remite el Informe N° 063-07/2022-PE-OPE-HCLLH, elaborado por la Coordinadora de Equipo de Planeamiento que concluye señalando que el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2022, tiene como objetivo desarrollar el proceso de autoevaluación en el marco de la acreditación del Hospital 202, para la identificación de fortalezas y procedimiento susceptibles de mejoramiento y que está elaborado de acuerdo al esquema de la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de



establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, el financiamiento de las actividades se sujetara de acuerdo a la disponibilidad presupuestal. Por lo que emite opinión favorable para la aprobación del mencionado plan;

Que, con el propósito de proseguir con las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos y contando con la opinión favorable de las unidades orgánicas involucradas, resulta pertinente aprobar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2022 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentra la de expedir actos resolutiveos en asuntos que sean de su competencia;

Con la visación de la Unidad de Gestión de la Calidad y de Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, la Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Vitarte, aprobado por Resolución Ministerial N° 596-2004/MINSA y demás normas pertinentes.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2022 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por las consideraciones expuestas en la parte considerativa de la presente resolución, cuyo documento adjunto, forma parte integrante de la presente resolución:

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado Plan.

ARTÍCULO 3°.- Los gastos que ocasione el presente plan, está sujeta a la disponibilidad presupuestal.

ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR a la Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la información Pública, la publicación de la presente resolución en la página institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



Mc. Freddy Hernán Paredes Alpaca
CMP 40127
DIRECTOR EJECUTIVO

Distribución:

- () Dirección.
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la información Pública.
- () Oficina de Planeamiento Estratégico
- () Área de Asesoría Legal.
- () Interesados.
- () Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viseministerio
de Promoción y
Atención en Salud



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2022





INDICE

I.	Introducción.....	3
II.	Justificación.....	3
III.	Objetivos.....	4
IV.	Alcance.....	4
V.	Base Legal.....	4
VI.	Metodología de la Autoevaluación.....	5
VII.	Actividades propuestas.....	7
VIII.	Cronograma de actividades para la autoevaluación.	
	8.1 Cronograma "A" del Plan de Autoevaluación.....	11-12
	8.2 Cronograma "B" para la Autoevaluación por el Equipo Evaluador Interno.....	13
IX.	Equipo de Evaluadores Internos.....	14
X.	Anexos	
	• Anexo N° 2: Relación áreas involucradas por macroproceso	15
	• Anexo N° 3: Hoja de Registro de datos para la Autoevaluación.....	16
	• Anexo N° 4: Hoja de Recomendaciones	17
	• Anexo N° 5: Matriz de Selección	18





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2022 Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"

I. INTRODUCCION

La Acreditación es considerada como un mecanismo de evaluación de calidad de los servicios de salud, cuyo objetivo es comprobar que un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con estándares definidos que brindan calidad y seguridad en la atención de salud y que generen ciclos de mejoramiento continuo. Estos estándares están enfocados en elementos de estructura, procesos y resultados.

Para iniciar el proceso de acreditación, los establecimientos de salud y/o servicios médicos de apoyo deben realizar en primer lugar la Autoevaluación, etapa fundamental y obligatoria, que consiste en evaluar el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, los cuales están establecidas en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

En este contexto, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, a través de la Unidad de Gestión de la 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, puesto que nos permitirá evidenciar si nuestra organización despliega una cultura de calidad, identificar oportunidades de mejora en diversos macroprocesos, analizar los nudos críticos y de esta manera podremos implementar procesos de mejoramiento continuo.

Al respecto, se ha elaborado el presente "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022", que contiene los objetivos y actividades a desarrollarse para llevar a cabo este proceso, siguiendo la metodología normada por el Ministerio de Salud, tanto la aplicación de manuales e instrumentos y el Listado de Estándares de Acreditación correspondiente a la Categoría II-2.

Para el logro de la acreditación, constituye un pilar importante el apoyo de la Dirección Ejecutiva, quien lidera el proceso con el Equipo de Acreditación, promueve el cumplimiento de estándares y criterios de cada macroproceso y asigna recursos; así como de las Jefaturas de Oficinas, Unidades y Departamentos, quienes gestionan en base a los resultados el proceso de la autoevaluación, el mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de sus servicios.

II. JUSTIFICACIÓN:

El presente Plan de Evaluación Interna en el marco de la Acreditación establece un cronograma de actividades a desarrollar por la cual la participación de los Evaluadores Internos será fundamental, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para



PERÚ

Ministerio
de Salud



Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA
MUJERES Y HOMBRES
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

recomendar mejoras y toma de decisiones que permita traducir en proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Es preciso recordar que, el proceso de Autoevaluación ha sido considerado como parte de los Compromisos de Mejora de los Servicios a cumplir del Convenio de Gestión 2022, establecido en el Decreto Supremo N°001-2022-SA, en la ficha N° 24: "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud".

Además, la información encontrada en las diferentes estancias se constituirá en fuentes de verificación y valoradas para emitir el Informe Técnico de Autoevaluación, el mismo que será dirigido al titular de entidad para su conocimiento y toma de decisiones, posteriormente serán socializadas con los trabajadores del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz a fin de impulsar mayor involucramiento y compromiso en el quehacer diario.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

Desarrollar el proceso de Autoevaluación en el marco de la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2022, para la identificación de fortalezas y procedimientos susceptibles de mejoramiento.

3.2 Objetivos Específicos:

- Fortalecer el diseño organizacional y operacional, que permita llevar a cabo el proceso de Autoevaluación Institucional, en cumplimiento a lo establecido en la normativa.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación, que permita la identificación de oportunidades de mejora que afecten positivamente la calidad de los servicios a los usuarios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Facilitar la toma de decisiones gerenciales, al contarse con evidencia objetiva, que permita la formulación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de la calidad.



IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2022, es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud y sus modificaciones.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.2 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo", Anexo 8.
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03: Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueban las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA/SA que aprueba el Reglamento de Organización de Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Administrativa N° 160-2019-MINSA/DIRIS-LN/6 el 13 de noviembre del 2019, que otorga la Categoría II-2: Hospital de Atención General, al Establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo N° 001-2022-SA, que aprueba los Criterios Técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas económicas del personal de salud al servicio del estado.
- Resolución Directoral N° 45-02/2022-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022.
- Resolución Directoral N° 138-05/2022-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022.
- Resolución Directoral N° 139-05/2022-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para el año 2022.



VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

El Proceso de Autoevaluación 2022 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, se realiza a través del Equipo de Evaluadores Internos, con el apoyo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Comité de Acreditación, el cual desarrollará la verificación conjunta y objetiva de la implementación de las políticas nacionales y sectoriales en Salud en los



procesos desarrollados en el Hospital, con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas.

❖ Técnicas de evaluación:

El Equipo de Evaluadores utilizará las siguientes técnicas de verificación y evaluación:

- **Verificación/revisión de documentos:** Permite analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Así, también se trata de observar el entorno.
- **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

❖ Instrumentos de Evaluación:

- El Equipo de Evaluadores Internos empleará como instrumento de evaluación el Listado de Estándares de Acreditación, del cual por ser un establecimiento de nivel II-2, corresponde evaluar 21 macroprocesos, 71 estándares y 341 criterios de evaluación.
- El Equipo de Evaluadores consignará los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos para la Autoevaluación y Hoja de Recomendaciones, a las cuales otorgará la calificación de 0, 1 o 2.
- Posteriormente a la evaluación del Listado de estándares de acreditación, el Líder del Equipo de Evaluadores Internos ingresará los puntajes obtenidos en el aplicativo "Acreditación del Ministerio de Salud", a fin de obtener el puntaje del proceso.

❖ Proceso de ejecución:

- Para el cumplimiento y adecuado desarrollo del proceso de evaluación de los estándares, se asignará responsables por macroprocesos, para ello se realizará la asignación de responsables de acuerdo al perfil de los Evaluadores Internos, sea asistencial o administrativo.
- El Equipo de Acreditación, con el auspicio de la Dirección, será el responsable de la promoción, difusión y conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del hospital.





- Se designará a los responsables de cada Unidad, Servicio y área para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente los externos.
- 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 del evaluador líder y equipo de acreditación.
- La revisión y corrección de informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- El Equipo de Acreditación hará la presentación de los resultados ante autoridades del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

❖ Resultados de la evaluación:

- ✓ Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:

ACREDITADO	Igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.
NO ACREDITADO	Menos del 85% del cumplimiento de los estándares.

CALIFICACIONES	
NO APROBADO (< 50%)	Reiniciar desde Autoevaluación
NO APROBADO (50% - 69%)	Subsanar en 9 meses.
NO APROBADO (70%-84%)	Subsanar en 6 meses.
APROBADO (85% o más)	Evaluación externa.

VII. ACTIVIDADES PROPUESTAS:

Las actividades y/o tareas propuestas para llevar a cabo el proceso de Autoevaluación 2022 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz son las siguientes:

- **OE.1: Fortalecer el diseño organizacional y operacional que permita llevar a cabo el proceso de Autoevaluación Institucional, en cumplimiento de lo establecido en la normativa.**
 1. Actualización de la conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH, 2022.
 - ✓ Mediante la Resolución Directoral N° 138-05/2022-DE-HCLLH/MINSA de fecha 31 de mayo del 2022, se aprobó la Actualización de Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022, el cual tiene como Coordinador al Director Ejecutivo del Hospital.





- ✓ Este Equipo tiene como responsabilidad el promover la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del establecimiento de salud, asimismo la implementación y cumplimiento de las acciones del proceso de acreditación, coordinando con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
2. Actualización de la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, 2022.
 - ✓ Mediante la Resolución Directoral N° 139-05/2022-DE-HCLLH/MINSA de fecha 31 de mayo del 2022, se aprobó la Actualización de Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022.
 - ✓ El Equipo de Evaluadores Internos tiene como responsabilidad el elaborar el Plan de Autoevaluación, evaluar, analizar la evidencia objetiva y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
 3. Realización de reuniones de trabajo y asistencias técnicas / entrenamiento, según corresponda, al Equipo de Acreditación Institucional y Equipo de Evaluadores Internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.
 4. Designación de responsables de servicios/ áreas/ departamento que deben interactuar con los evaluadores internos.
 5. Elaboración y presentación del Plan de Autoevaluación Institucional 2022, que contenga metodología, documentos e instrumentos que faciliten su operatización de los criterios de evaluación.
 6. Reunión de apertura:
 - ✓ El propósito de este espacio es la Coordinación con la Alta Dirección y las Jefaturas de las Unidades Orgánicas / áreas de trabajo para presentar los objetivos de la evaluación, presentar al Equipo Evaluador, confirmar el Plan de Autoevaluación, establecer fecha y hora de reunión de cierre, definir el proceso de presentación del Informe Técnico de Autoevaluación, precisar los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar el espacio físico para el equipo evaluador. Todos esos aspectos descritos se debe consignar en el Acta de Reunión de Apertura.
 7. Interacción con los Jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/ áreas involucrados en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.
 8. Comunicación oficial al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de Autoevaluación.
 - ✓ Mediante Oficio se comunicará al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio del proceso de Autoevaluación.





- **OE. 2: Desarrollar el proceso de autoevaluación, que permita la identificación de oportunidades de mejora que afecten positivamente la calidad de los servicios a los usuarios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.**

1. Aplicación del Listado de Estándares en Acreditación.

- ✓ Esta actividad será desarrollada en un intervalo de cuatro (04) semanas a cargo del Equipo de Evaluadores Internos, que coordinará con las Direcciones y Jefaturas de los Servicios involucrados en los macroprocesos a evaluar, a fin de definir fecha y hora, siendo el acuerdo de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente por el responsable del área evaluada designado(a) por la Dirección hacia el coordinador del macroproceso.

2. Consolidación de informes parciales.

- ✓ La calificación de cada criterio del estándar será otorgada por consenso del Equipo de Evaluadores Internos, para ello se utilizará la escala de calificación en el Listado de estándares de acreditación, la misma que es de 0, 1 o 2.
- ✓ La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales permite al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz identificar los aspectos en los cuales es necesario implementar acciones de mejoramiento y la posterior corrección como medida de gestión de calidad por la institución.

3. Reunión de Cierre:

- ✓ El propósito de este espacio es la presentación de los resultados de la autoevaluación, que está liderado por el Evaluador Líder, quien tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión, y en donde cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas y dan la retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido, propiciándose la oportunidad para intercambiar puntos de vista o explicaciones y presentar los sustentos respectivos. Al finalizar la misma, debe acordar la fecha de entrega de informe técnico y consignar todos los aspectos descritos en un acta de reunión.

4. Digitación y procesamiento de datos (Aplicativo en Excel)

- ✓ Cada equipo de evaluadores elaborará un informe del macroproceso evaluado adjuntando las fichas de las observaciones y resultados, para luego remitirlo al Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad quienes ingresarán la información obtenida en el Aplicativo del Sistema de Acreditación del MINSA.

5. Análisis e interpretación de los resultados.

- ✓ El Evaluador Líder, Coordinadores de Equipos de Autoevaluación y Equipo de Acreditación se reunirán para analizar e interpretar los resultados obtenidos de la evaluación interna.





6. Elaboración y presentación del Informe Técnico de la Autoevaluación 2022.
 - ✓ El Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad se encargará de la consolidación de los resultados y redactará el informe final que será elevado a la Dirección Ejecutiva y niveles correspondientes. Finalmente se procederá a la retroalimentación a las Jefaturas y trabajadores en general.
7. Presentación del Informe Técnico de Autoevaluación 2022 al MINSA y a la DIRIS Lima Norte.
 - ✓ El Informe Técnico de Autoevaluación 2022 será remitido mediante documento oficial.

OE.3: Facilitar la toma de decisiones gerenciales, al contarse con evidencia objetiva, que permita la formulación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de calidad.

1. Presentación de propuestas de mejoras a las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Institución en base a las observaciones o incumplimiento de criterios según resultados obtenidos.
 - ✓ Esta actividad será coordinada por el Equipo de Acreditación a la Dirección Ejecutiva a fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejora continua de la calidad y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.
2. Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN HCLLH

8.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN - 2022 (A)

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	Cronograma 2022												RESPONSABLES
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB			
O.E. 1: Fortalecer el diseño organizacional y operacional que permita llevar a cabo el proceso de Autoevaluación Institucional, en cumplimiento de lo establecido en la normativa															
Actualización de la conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH, 2022	Resolución Directoral	1	X												Dirección Ejecutiva
Actualización de la conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, 2022	Resolución Directoral	1	X												Dirección Ejecutiva
Realización de reuniones de trabajo y asistencias técnicas / entrenamiento, según corresponda, al Equipo de Acreditación Institucional y Equipo de Evaluadores Internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.	Acta e informe	8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	UGC / E. Acreditación/ E. Evaluadores Internos
Designación responsables de servicios/ áreas/ departamento que deben interactuar con los evaluadores internos.	Informe	1	X												E. Acreditación / Dirección Ejecutiva
Elaboración del Plan de Autoevaluación Institucional 2022, que contenga metodología, documentos e instrumentos que faciliten su operatividad de los criterios de evaluación.	Plan	1	X												UGC/ Evaluador Líder
Aprobación del Plan de Autoevaluación Institucional 2022 y publicación en la Web Institucional.	Resolución Directoral	1	X												Dirección Ejecutiva
Reunión de Apertura (sensibilización sobre el proceso de Acreditación del HCLLH a Dirección Ejecutiva y Jefaturas de Unidades Orgánicas).	Acta	1	X												UGC/ Equipo de Acreditación/ Líder Evaluador
Interacción con los jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/ áreas involucrados en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.	Acta	3		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	E. Evaluadores Internos
Comunicación oficial al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de Autoevaluación	Oficio	1						X							Equipo de Evaluadores Internos / U.G.C.
O.E. 2: Desarrollar el proceso de autoevaluación, que permita la identificación de oportunidades de mejora que afecten positivamente la calidad de los servicios a los usuarios del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.															
Aplicación del Listado de Estándares por Macroprocesos.	Lista de Estándares	21											X		E. Evaluadores Internos





ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	Cronograma 2022												2023		RESPONSABLES		
			MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB							
Consolidación de informes parciales.	Hojas de Registros	1									X							E. Evaluadores Internos	
Reunión de Cierre.	Acta de reunión	1									X							Equipo de Acreditación / Líder de Evaluad. Internos	
Digitación y procesamiento de datos.	Aplicativo Excel	1											X					UGC / Evaluador Líder	
Análisis e interpretación de resultados.	Informes	21											X					E. Evaluadores Internos	
Elaboración del Informe Técnico de la Autoevaluación 2022.	Informe Técnico	1											X					UGC/ E. Acreditación/ Evaluador Líder	
Presentación del Informe Técnico al MINSA y a la DIRIS Lima Norte	Oficio	2														X		Equipo de Acreditación	
OE.3. Facilitar la toma de decisiones gerenciales, al contarse con evidencia objetiva, que permita la formulación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de calidad																			
Presentación de propuestas de mejoras a las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Institución en base a las observaciones o incumplimiento de criterios según resultados obtenidos.	Plan de propuestas	1															X	E. Acreditación / Evaluador Líder	
Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.	Informe	1																X	U.G.C / E. Acreditación



8.2 CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA 2022 (B)

Responsable por Equipo	Macroproceso (Criterios)	Evaluadores Internos	OCTUBRE			
			3-7	10-14	17-21	24-28
1						
Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo	Direccionamiento (11)	Lic. Estefanía Torres Morillo Lic. Neil Freddy Basilio Usuriaga MC Giancarlo Puse Santillán Lic. Ethel García Martínez Q.F. Elizabeth Alfaro Ariza Ing. Denisse Astúhuamán Jiménez Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo Lic. Olinda Villanueva Pardo	X	X		
	Gestión de Recursos Humanos (11)					
	Gestión de la Calidad (22)					
	Manejo del Riesgo de la Atención (50)					
	Gestión de Seguridad ante Desastres (21)					
Control de la Gestión y Prestación (15)						
2			3-7	10-14	17-21	24-28
Lic. Jannet Pallin Villalobos	Atención Ambulatoria (14)	Lic. Jannet Pallin Villalobos Lic. Fary Mendoza Chumbes MC Hairo A. Dediós Solís Ing. Roy Silva Sánchez Lic. Rollan Uribe Donayre Q.F. Lurdes Condori Huancacuri Lic. Enneis Rosario Vicente Rojas Lic. Rosa Paiva Vite		X	X	
	Atención de Hospitalización (26)					
	Atención de Emergencia (14)					
	Atención Quirúrgica (24)					
	Docencia e Investigación (14)					
3			3-7	10-14	15-19	24-28
Lic. Judith Vidal Campos	Apoyo de Diagnóstico y Tratamiento (11)	Lic. Judith Vidal Campos Lic. Paula Zamora Ruiz Sr. Felipe Coferino Paredes Lic. Luis Lazo Pacheco Ing. Egor Villanueva Espinoza				
	Admisión y Alta (16)					
	Referencia y Contrarreferencia (10)				X	X
	Gestión de Medicamentos (15)					
	Gestión de la Información (14)					
4			3-7	10-15	17-21	24-28
Dra. Rudi Cahuana Rojas	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (17)	Dra. Rudi Cahuana Rojas Lic. Doris Parillo Coila Lic. Elke Candiotti Ramírez Sr. José Tantaleán Quispe				
	Manejo de Riesgo Social (6)					
	Nutrición y Dietética (10)				X	X
	Gestión de Insumos y Materiales (8)					
	Gestión de Equipo e Infraestructura (12)					



**IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN**

1. Equipo de Acreditación del HCLLH, 2022, aprobado con RD N° 138-05/2022-DE-HCLLH/MINSA.

N°	Oficina / Departamento
01	Director Ejecutivo
02	Jefe de la Oficina de Administración
03	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
04	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
05	Jefe de la Unidad de Epidemiología
06	Jefe del Departamento de Emergencia
07	Jefe del Departamento de Enfermería
08	Jefe del Departamento de Cirugía
09	Jefe del Departamento de Medicina
10	Jefe del Departamento de Ginecología
11	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
12	Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento

2. Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, aprobado con RD N° 139-05/2022-DE-HCLLH/MINSA.

N°	Integrante	Representante del Serv.
1	Lic. Juana Estefanía Torres Morillo	UGRED
2	Lic. Jannet Mariluz Pallin Villalobos	Hospitalización
3	Lic. Neil Freddy Basilio Usuriaga	Servicio de Emergencia
4	Lic. Rosa Isabel Paiva Vite	Centro Quirúrgico
5	Lic. Doris Juana Parillo Coila	Central de Esterilización
6	Lic. Fary Mendoza Chumbes	Servicio de Neonatología
7	Lic. Enneis Rosario Vicente Rojas	Coord. Consultorios Externos
8	Lic. Judith Rosario Vidal Campos	UGRED
9	C.D. Rudi Melva Cahuana Rojas	Dpto. Odontología
10	Q.F. Lurdes Bertha Condori Huancacuri	Servicio de Farmacia
11	Q.F. Elva Elizabeth Alfaro Ariza	Servicio de Farmacia
12	Lic. Luis Lazo Pacheco	Servicio de Psicología
13	Lic. Elke Jury Candiotti Ramírez	Servicio de Obstetricia
14	Lic. Lilia Olinda Villanueva Pardo	Servicio de Nutrición
15	Lic. Paula Zamora Ruiz	Unidad de Gestión de la Calidad
16	MC. Hairo André Dedios Solis	Unidad de Gestión de la Calidad
17	Lic. Rollan Alexis Uribe Donayre	Unidad de Epidemiología
18	Téc. José Percy Tantaleán Quispe	Unidad de Epidemiología
19	Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo	Unidad de Personal
20	MC Giancarlo Puse Santillan	Unidad de Seguros
21	Ing. Roy Jairo Silva Sánchez	Of. Planeamiento Estratégico
22	Ing. Denisse Astuhamán Jiménez	Unidad de Estadística e Informática
23	Ing. Egor Villanueva Espinoza	Unidad de Estadística e Informática
24	Lic. Ethel July García Martínez	Dirección Ejecutiva
25	Sr. Felipe Christian Ceferino Paredes	U. Servicios Generales y Mantenimiento



ANEXO N° 1

RELACION DE AREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN POR MACROPROCESO

Establecimiento de Salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Tipo de Establecimiento: II-2	AREAS INVOLUCRADAS
MACROPROCESO		
Direccionamiento (DIR)		Of. Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de Riesgos, Emergencias y Desastres, U. Epidemiología, Dpto. Gineco-Obstetricia
Gestión de Recursos Humanos (GRH)		Unidad de Personal, Comité de Salud Ocupacional, U. Epidemiología.
Gestión de la Calidad (GCA)		Unidad de Gestión de Calidad, U. de Personal (Clima Organizacional), Relaciones Públicas, Jefes de Serv. Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización
Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)		U. Epidemiología (Comité de Bioseguridad), Dpto. Enfermería, U. Gestión de la Calidad, Of. Relaciones Públicas, Ginecología, Banco de Sangre, Apoyo y Diagnóstico al Tratamiento (Nutrición, Farmacia), Diagnóstico por imágenes, Patología Clínica, Banco de Sangre, SS.GG. (Lavandería, Limpieza y Desinfección), Área de Salud Ocupacional, Dpto. Cirugía y/o Dpto. Ginecología.
Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)		Unidad Funcional de Riesgos ante Desastres / Emergencia/ U. Servicios Generales/Farmacia
Control de Gestión de Prestación (CGP)		Dirección Administrativa, Unidad de Seguros, Of. Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad (Área de Garantía)
Atención Ambulatoria (ATA)		Serv. Consultorios Externos /U. Estadística e Informática / Plataforma de Atención al Usuario /Relaciones Públicas
Atención de Hospitalización (ATH)		Dpto. de Enfermería
Atención de Emergencia (EMG)		Dpto. Emergencia, verificar también con el Área de Capacitación, U. Gestión de la Calidad y Relaciones Públicas.
Atención Quirúrgica (ATQ)		Servicio de Centro Quirúrgico coordinación con el Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico y Dpto. Cirugía
Docencia e Investigación (DIV)		Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (ADT)		Dpto. Apoyo al Tratamiento, Dpto. Diagnóstico por Imágenes, Dpto. Anatomía Patológica y Patología Clínica, Serv. Farmacia, Servicio Social, Servicio de Nutrición, Psicología.
Admisión y Alta (ADA)		Unidad de Estadística e Informática, Jefatura de Enfermería, Unidad de Economía, Jefatura de Consultorios Externos.
Referencia y Contrarreferencia (RCR)		Oficina de Referencia y Contrarreferencia, U. Seguros
Gestión de Medicamentos (CMD)		Dpto. de Farmacia, verificación de algunos documentos en la Unidad de Logística
Gestión de Información (GIN)		Unidad de Estadística e Informática, Unidad de Gestión de la Calidad, Oficina de Comunicaciones
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)		Dpto. Enfermería, Serv. Central de Esterilización, U. Servicios Generales (Lavandería), Comité de Salud Ocupacional (U. Personal), Comité de Bioseguridad (Epidemiología).
Manejo del Riesgo Social (MRS)		Servicio Social / Economía
Nutrición y Dietética (NYD)		Servicio de Nutrición
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)		Unidad de Logística
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)		Unidad de Servicios Generales, Oficina de Planeamiento Estratégico (Resp. Proyectos de Inversión), Unidad de Logística (Patrimonio)





PERÚ
Ministerio
de Salud



Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA
MUJERES Y HOMBRRES
" Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ANEXO N° 2

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macroproceso: _____

Evalúador (es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código del criterio de evaluación	Puntaje	Fuente Auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentario





ANEXO N° 3

HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluador(es) _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES





PERÚ
Ministerio
de Salud

Programa de
Atención y
Asesoramiento
Especializado

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA
MUJERES Y HOMBRRES
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ANEXO N° 4

MATRIZ DE SELECCIÓN

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se totalizan antes de sumar el resultado global de puntaje para cada problema.

PROBLEMAS DE INTERES	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL

