



Resolución Directoral

Puente Piedra, 26 de Mayo de 2021.



VISTO:



El expediente 0001963, que contiene la Nota Informativa N° 045-05-2021-OPE-HCLLH, emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH; que adjunta el Informe N° 047-05/2021-EP-OPE-HCLLH, de fecha 13 de mayo de 2021, emitido por el Coordinador Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual otorga Opinión Favorable al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2021"; y el Informe Legal N° 122-2021-AL-HCLLH/MINSA;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI, del Título Preliminar de la Ley N° 26842-Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicio de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. 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, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, 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", que tiene como finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;



Que, el numeral 1 de las Fases para la Acreditación del artículo VI, sobre las Disposiciones Específicas de la norma técnica de salud antes citada, establece que: la "Autoevaluación es inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.

- La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
- Los Establecimientos de Salud, público y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa";



Que, el numeral 4 respecto a los Procedimientos para el Proceso de Acreditación, del artículo VI, sobre las Disposiciones Específicas de la norma técnica de salud antes citada, establece que: "Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad Institucional";

...//

...//

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médico de apoyo, con el objetivo de estandarizar el desarrollo de la evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objeto de "establecer los principios, normas metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, mediante Memorándum N° 140-05/2021-JUGC-HCLLH, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la revisión y aprobación mediante resolución directoral el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2021;

Que, mediante el Informe N° 047-05-2021-EP-OPE-HCLLH, la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2021";

Que, considerando que el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2021", tiene como objetivo general desarrollar el Proceso de Autoevaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el marco de la acreditación 2021;

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, en uso de las facultades conferidas por el literal c) del artículo 8 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2021", que a folios dieciocho (18) forma parte integrante de la presente resolución, el cual se ejecutará teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal.

ARTÍCULO 2°.- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de la Calidad, sea la responsable de monitorear y supervisar el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones que contiene el plan aprobado mediante la presente resolución.

ARTÍCULO 3°.- DEJAR sin efecto todo acto que se oponga a la presente Resolución.

ARTÍCULO 4°.- ENCARGAR al Responsable de la Administración y actualización del Portal de Transparencia Estándar efectuar la publicación de la presente Resolución en la Pagina Web del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JFRT/JMLC/MMRV/EER/EPM

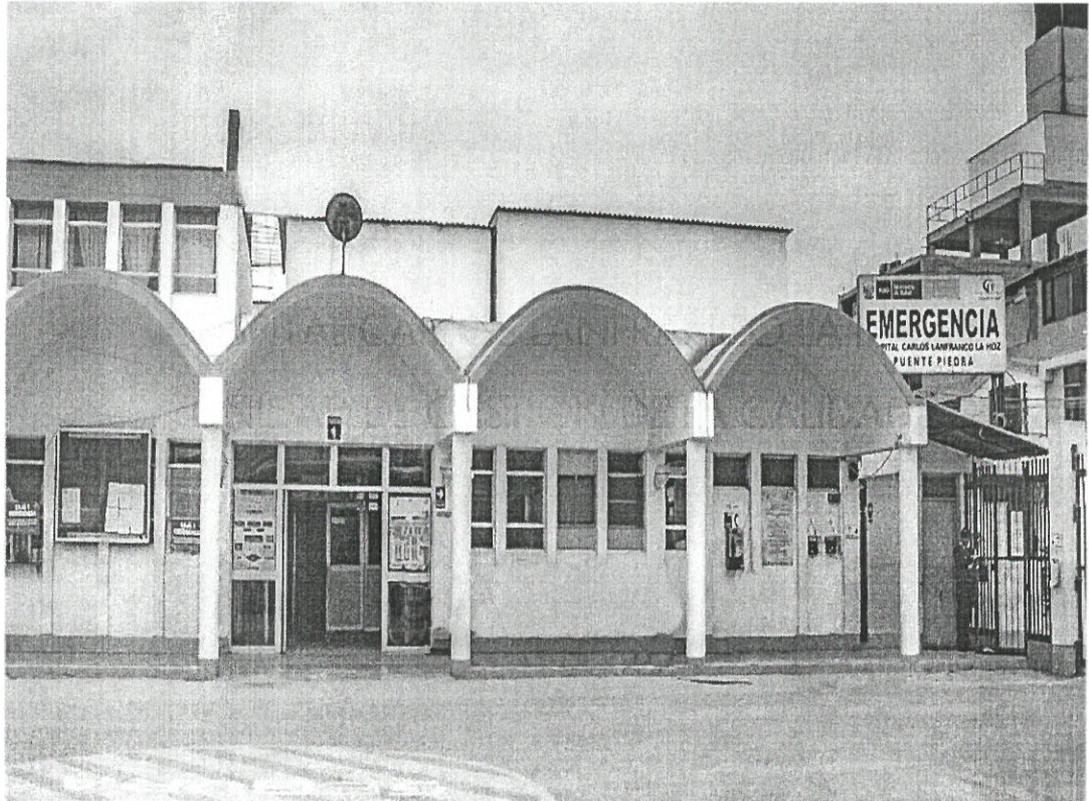
Cc.

- Oficina de Administración
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Asesoría Legal
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
J. Ruiz Torres
MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
CMP. 34237 - RNE. 27004
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH



HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN

2021



Lima, Perú



EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

M.C. Jorge Fernando RUIZ TORRES
Director Ejecutivo

M.C. Enrique Tomás BRICEÑO ALIAGA
Director Adjunto

Lic. María Mildred RUIZ VILLACORTA
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico

Eco. José Bernabé LINDO CASTRO
Jefe de la Oficina de Administración

EQUIPO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CPC. Elizabeth Erika ELÍAS RODRÍGUEZ
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

Lic. Paula ZAMORA RUIZ
Resp. Área de Mejora para la Calidad

M.C. Hairo André DEDIOS SOLIS
Resp. Área de Garantía para la Calidad
Resp. De Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

Abg. Elisa Virginia VELASQUEZ JORDAN
Resp. De la Plataforma de Atención al Usuario en Salud

Téc. Fiorella Estefany YARINGAÑO TABRAJ
Secretaria





INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	4
II. Justificación.....	5
III. Objetivo.....	6
IV. Alcance.....	6
V. Base Legal.....	6
VI. Metodología de evaluación.....	7
VII. Actividades propuestas.....	9
VIII. Cronograma de actividades para la Autoevaluación (A y B).....	11
IX. Equipo de Evaluación.....	13
X. Anexos	
• Anexo N° 1: Relación áreas involucradas por macroproceso.....	15
• Anexo N° 2: Hoja de Registro de datos para la Autoevaluación.....	16
• Anexo N° 3: Hoja de Recomendaciones.....	17
• Anexo N° 4: Matriz de Selección.....	18





PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2021

I. INTRODUCCION

En la actualidad el Ministerio de salud a través de la Dirección de Calidad, ha desarrollado una propuesta técnica de acreditación de los servicios de salud, herramienta que permite llevar a cabo la Acreditación de los hospitales de país, comparando el desempeño de la prestación de salud con una serie de estándares óptimos, promoviendo la mejora continua de los procesos, contribuyendo a garantizar la calidad de atención que se presta en los establecimientos de salud.

Mejorar la calidad de los servicios de salud no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo. En este sentido, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la Acreditación es una de las metodologías más importantes de Garantía y Mejoramiento de la Calidad.

Para iniciar el proceso de acreditación, las instituciones hospitalarias deben realizar en primer lugar la autoevaluación, pues es la fase inicial del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos. Este proceso de 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 de 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 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.

Constituye pilar importante para el logro de la acreditación 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:

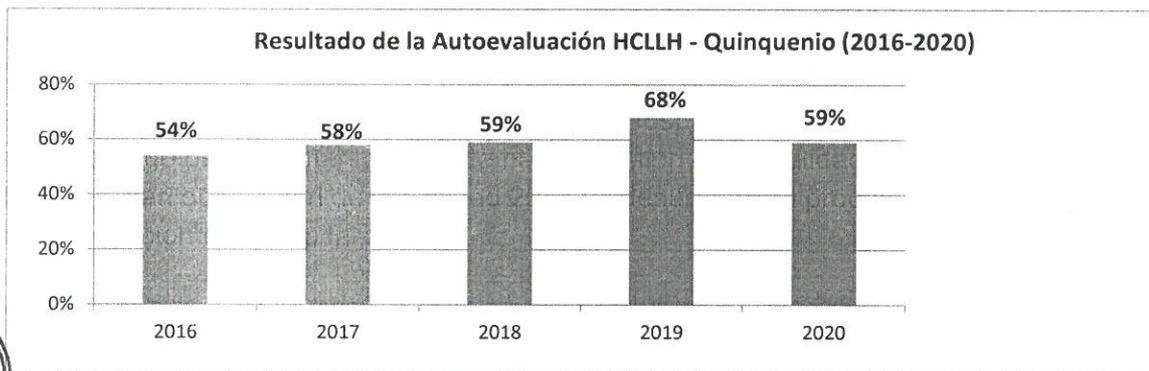
La Autoevaluación tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los procesos de los servicios de salud, de esta manera se busca 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 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.

Al respecto, la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, como órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la institución, tiene incluido en el Plan de Gestión de la Calidad 2021, el desarrollo del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital.

En relación al objetivo de lograr la obtención de la Acreditación Institucional, se ha venido realizando este proceso en nuestra institución desde el año 2008; si bien los resultados no fueron óptimos, sirvieron para identificar nuestras oportunidades de mejora. Aún no se llega al 85%, porcentaje deseable para realizar los trámites para la acreditación institucional (Gráfico N° 01).

Gráfico N° 01 Resultados de Autoevaluación – último Quinquenio



Fuente: Área de Mejora para la Calidad – Unidad de Gestión de la Calidad



El presente documento reúne los objetivos y actividades incluidos en el Plan Operativo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, siguiendo metodologías normadas por el Ministerio de Salud, tales como la aplicación de manuales e instrumentos, como el Listado de estándares de Acreditación, que permitirán la calificación de los macroprocesos que a su vez definen los procesos en las unidades productoras de servicios, cuyos resultados permitirán determinar el nivel de cumplimiento e identificar problemas a ser subsanados y obtener la acreditación institucional.



III. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Desarrollar el proceso de autoevaluación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el marco de la acreditación 2021.

4.2 Objetivos Específicos:

- Organizar y planificar el proceso de autoevaluación.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación a través de la aplicación del Listado de Estándares que corresponden a un establecimiento de salud de nivel II-2.
- Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación y desarrollar acciones de mejora basados en las debilidades detectadas durante el proceso de evaluación.

IV. ALCANCE

El proceso de autoevaluación será de aplicación obligatoria para todas las Unidades Orgánicas tales como, direcciones, departamentos, servicios y oficinas administrativas 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".
- Decreto Supremo N° 035-2020-SA, se aprobaron los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.
- Resolución Ministerial N° 105-2021/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 304-MINSA/2021/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios en salud alcanzado en el año 2021".
- Resolución Directoral N° 33-03/2021-HCLLH/SA, que aprueba el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2021.
- Resolución Directoral N° 48-04/2021-HCLLH/SA, que aprueba la Conformación del Equipo de Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, período 2021.
- Resolución Directoral N° 59-04/2021-HCLLH/SA, que aprueba la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, período 2021.

VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

El proceso de Autoevaluación será llevado a cabo por el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el cual utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la Lista de Estándares de Acreditación.

❖ Técnicas de 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.





❖ **Instrumento a utilizarse:**

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el Listado de Estándares de Acreditación, el cual contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos, que se realizan en todo establecimiento de salud y sirve como instrumento en evaluaciones. Los estándares miden el nivel de desempeño que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales regulan los procesos institucionales y las normas internas del HCLLH.

Las siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el HCLLH:

N°	Macroprocesos	Estándares	Criterios
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de Calidad	3	22
4	Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Atención Ambulatoria	4	14
9	Atención en Emergencia	7	26
10	Atención de Hospitalización	3	14
11	Atención Quirúrgica	4	24
12	Docencia e Investigación	2	14
13	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	3	10
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Nutrición y Dietética	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		70	341

❖ **Proceso de ejecución:**

La metodología de trabajo del día a día en el período 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 realizará 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 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 del 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 Carlos Lanfranco La hoz

VII. ACTIVIDADES PROPUESTAS:

Las actividades programadas contienen aspectos establecidos dentro de las líneas de trabajo del Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz:

a. Propuesta y formulación del Plan de Autoevaluación del HCLLH, período 2021:

- **Conformación del Equipo de Acreditación:** El Equipo de Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para el período 2021, está presidida por el Director Ejecutivo e integrada por los Jefes de las Unidades Orgánicas del HCLLH, y fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 48-04/2021-HCLLH/SA, de fecha 04 de abril del 2021.
- **Conformación del Equipo de Evaluadores Internos:** Mediante la Resolución Directoral N° 59-04/2021-HCLLH/SA, de fecha 20 de abril de 2021, se aprobó la Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, período 2021; el cual está integrado por 26 profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.
- **Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del HCLLH, periodo 2021:** Este documento será elaborado por la Líder del Equipo de Evaluadores Internos en coordinación con la Responsable del Área de Mejora para la Calidad. El cual será revisado por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y aprobado mediante acto resolutivo.
- **Capacitación a los Evaluadores Internos del HCLLH sobre la NTS N° 050-MINSA: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".** El Taller virtual estará a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad en coordinación con la DIRIS Lima Norte.



- **Difusión y socialización del Plan de Autoevaluación a las Oficinas, Unidades, Dptos. y/o Servicios asistenciales:** Se formularán estrategias de comunicación orientado a sensibilizar y acoger la colaboración de los Jefes, Coordinadores trabajadores en general en el proceso de autoevaluación y acreditación institucional. Asimismo, se publicará el contenido del presente Plan y los objetivos del mismo, en la página Web del Hospital.

- b. **Ejecución de la Autoevaluación en base a criterios y estándares:**
 - **Comunicación del inicio y duración de la autoevaluación:** La Dirección Ejecutiva comunicará a los jefes de todas las Unidades Orgánicas del Hospital, quienes difundirán al personal a su cargo, los días en los que se llevará a cabo dicha autoevaluación.
 - **Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación:** Establecido el cronograma de actividades se procederá al levantamiento de la información, a la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes, de forma complementaria se realizará la organización de tareas y metas por los responsables de equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.

- c. **Análisis y Difusión de los Resultados:**
 - **Procesamiento y Análisis de Resultados:** Una vez culminado el Proceso de Autoevaluación, se digitará los datos en el aplicativo para el registro y procesamiento de resultados.
 - **Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación:** Cada equipo evaluador elaborará su Informe con las observaciones encontradas y las recomendaciones, los cuales remitirán al Responsable del Área de Mejora para la Calidad quién se encargará de la consolidación de los resultados y redactará el Informe Técnico.
 - **Socialización del Resultado obtenido en la Autoevaluación:** Se dará a conocer los resultados a la Dirección Ejecutiva del Hospital, a la Dirección de Redes Integradas (DIRIS) de Lima Norte y al MINSa. De igual manera, a los diferentes órganos y Unidades Orgánicas del HCLLH.

- d. **Seguimiento e Implementación de las recomendaciones:**
 - **Elaboración del Plan de Mejora Post autoevaluación en base a los resultados:** Los evaluadores internos dejarán evidencias de las observaciones identificadas según macroproceso evaluado que puedan contribuir en la elaboración de Proyectos de Mejora Continua en las áreas correspondientes.
 - **Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora:** Los evaluadores internos dejarán evidencias de las observaciones identificadas según Macroproceso evaluado que puedan contribuir en la elaboración de acciones y/o proyectos de Mejora Continua en las áreas correspondientes. Los servicios y áreas proceden a realizar sus actividades para implementar las mejoras.



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE AUTOEVALUACIÓN HCLLH 2021 - A

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE	
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC		
1. PROPUESTA Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HCLLH, 2021																
Conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH 2021	Resolución Directoral	1				X										Dirección Ejecutiva
Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH 2021	Resolución Directoral	1				X										Dirección Ejecutiva Equipo de Acreditación
Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2021 en el HCLLH.	Plan - RD	1					X									Equipo de Evaluadores Internos Of. de Planeamiento Estratégico
Capacitación a los Evaluadores Internos del HCLLH sobre Acreditación en los Establecimientos de Salud según Norma Técnica.	Informe	1					X									U. Gestión de la Calidad
Difusión y Socialización del Documento Técnico en los Dptos. y Servicios Asistenciales y Oficinas	Correo electrónico	1						X								Equipo de Evaluadores Internos
2. EJECUCIÓN DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2021																
Comunicación del inicio y duración de la Autoevaluación	Oficio Web Institucional	1								X						Dirección Ejecutiva
Aplicación de la metodología para el proceso de Autoevaluación	Lista de Estándares Lista de Chequeo Hojas de Registro	1										X				Evaluadores Internos
3. ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS																
Procesamiento de datos y análisis de resultados	Aplicativo MINSa	1											X			U. Gestión de la Calidad
Elaboración del Informe Técnico de Autoevaluación	Informe	1												X		Equipo de Acreditación Equipo de Evaluadores Internos
Socialización del informe con los diferentes Órganos y Unidades Orgánicas del HCLLH.	Acta de Reunión Correo electrónico	1												X		U. Gestión de la Calidad
4. SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES																
Elaboración y ejecución de las acciones de mejora Post Autoevaluación	Documento	1													X	Jefes de Unidades y Servicios U. Gestión de la Calidad
Monitoreo y Evaluación del Plan de Intervención con las acciones de	Informe	1													X	U. Gestión de la Calidad



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - B

N°	Macroproceso (Criterios)	Evaluadores Internos	N° Equipo	CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN SETIEMBRE				Participante de la evaluación
				1°	2°	3°	4°	
GERENCIALES (130 criterios)								
1	DIRECCIONAMIENTO (11)	Mg. Estefanía Torres M. MC. Hairo Dedios	1					Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico / Jefe de la Oficina de Administración
2	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (11)	Lic. Paula Zamora Sra. Mary Cangana		X				Jefe de la Unidad de Personal
3	GESTIÓN DE LA CALIDAD (22)	Ing. Roy Silva S. Lic. Rosa Paiva			X			Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
4	MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN (50)	M.V. Mercedes Ricra C. Lic. Gina Vera F.						Jefe del Dpto. Enfermería / Jefe de UESA / Salud Ocup.
5	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (21)	Ing. Denisse Astuhumán						Jefe de la UGRED
6	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (15)	Ps. David Nongrados						Dirección Ejecutiva / OPE
PRESTACIONALES o MISIONALES (92 criterios)								
7	ATENCIÓN AMBULATORIA (14)	Lic. Jannet Pallín V.	2	1°	2°	3°	4°	Jefe del Dpto. Enfermería
9	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (26)	Lic. Juana Parillo Q.F. Lurdes Condori		X		X		Jefe del Dpto. Enfermería
10	ATENCIÓN DE EMERGENCIA (14)	Ing. Eduardo Gambini						Jefe del Dpto. Emergencia
11	ATENCIÓN QUIRÚRGICA (24)	Lic. Norma Veramendi Lic. María Liñan						Jefe del Dpto. Anestesiología / Enf. Resp. Centro Quirúrg
12	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (14)	Lic. Mery Luz Mamani						Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación
APOYO (119 criterios)								
13	APOYO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (11)	Lic. Judith Campos	3	1°	2°	3°	4°	Jefe del Dpto. Apoyo al Tratamiento / Jefe del Dpto. Dx. Imágenes/ Jefe de del Dpto. Patología Clínica
14	ADMISIÓN Y ALTA (16)	Lic. Elizabeth Alfaro Sr. Felipe Ceferino						Jefe de la U. Estadística e Informática
15	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (10)	Lic. Lilia Villanueva				X		Jefe de la Unidad de Referencias y Contrarreferen.
16	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (15)	Lic. Fary Mendoza Lic. Elke Candiotti					X	Jefe del Serv. Farmacia
17	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (14)	Bach. Egor Villanueva Ps. Luis Lazo						Jefe de la U. Estadística e Informática
18	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (17)	CD Rudi Cahuana						Jefe de Enfermería / Jefe de Serv. Generales /
19	MANEJO DE RIESGO SOCIAL (6)						Jefe de Servicio Social	
20	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (10)						Jefe del Servicio de Nutrición	
21	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (8)						Jefe de la Unidad de Logística	
	GESTIÓN DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA (12)						Jefe de la U. Servicios Generales y M.	

**IX. EQUIPO DE EVALUACIÓN:**

- **Equipo de Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021, aprobado mediante RD N° 48-04/2021-HCLLH/SA.**

	Coordinador
Director Ejecutivo	
Jefe de la Oficina de Administración	Miembro
Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico	Miembro
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	Miembro
Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática	Miembro
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos	Miembro
Jefe de la Unidad de Logística	Miembro
Jefe de la Unidad de Economía	Miembro
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación	Miembro
Jefe de la Unidad de Seguros	Miembro
Jefe de la Unidad de Servicios Generales	Miembro
Jefe de la Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas	Miembro
Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro
Jefe del Departamento de Medicina	Miembro
Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro
Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia	Miembro
Coordinadora del Servicio de Obstetricia	Miembro
Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Clínica	Miembro
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Miembro
Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
Jefe de Enfermeras del Servicio de Consulta Externa	Miembro
Jefe de Enfermeras del Servicio de Hospitalización	Miembro
Jefe de Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico	Miembro
Jefe de Enfermeras del Servicio de Central de Esterilización	Miembro
Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento	Miembro
Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
Jefe del Servicio de Nutrición	Miembro
Jefe del Servicio Social	Miembro
Jefe del Servicio de Psicología	Miembro





- **Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2021**
Aprobado mediante RD N° 59-04/2021-HCLLH/SA.

N°	Integrante	Representante de Oficina / Unidad / Servicio
1	Lic. María Mercedes Liñan Huayanay	Resp. Enf. Consultorios Externos / Líder del E.I.
2	Lic. Jannet Mariluz Pallin Villalobos	Resp. Serv. Hospitalización Medicina / Cirugía
3	Lic. Norma Yesela Veramendi Castro	Resp. Servicio de Emergencia
4	Lic. Mery Luz Mamani León	Resp. Enf. Servicio de Hospitalización Gineco/ Pediat.
5	Lic. Rosa Isabel Paiva Vite	Resp. Servicio de Central de Esterilización
6	Lic. Doris Juana Parillo Coila	Resp. Servicio de Sala de Operaciones
7	Lic. Gina Evelyn Vera Faustino	Resp. Servicio de Neonatología
8	Lic. Fary Mendoza Chumbes	Servicio de Neonatología
9	Lic. Juana Estefanía Torres Morillo	UGRED
10	Lic. Judith Rosario Vidal Campos	UGRED
11	CD Rudi Melva Cahuana Rojas	Jefe del Dpto. Odontoestomatología
12	Q.F. Lurdes Bertha Condori Huancacuri	Servicio de Farmacia
13	Q.F. Elva Elizabeth Alfaro Ariza	Servicio de Farmacia
14	Lic. Jaime David Nongrados Córdova	Servicio de Psicología
15	Lic. Luis Angel Lazo Pacheco	Servicio de Psicología
16	Lic. Lilia Olinda Villanueva Pardo	Servicio de Nutrición
17	Lic. Elke Jury Candiotti Ramírez	Servicio de Obstetricia
18	Lic. Paula Zamora Ruiz	Unidad de Gestión de la Calidad
19	M.C. Hairo André Dedios Solís	Unidad de Gestión de la Calidad
20	M.V. Mercedes Marina Ricra Carhuachin	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
21	Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo	Unidad de Personal
22	Ing. Roy Jairo Silva Sánchez	Oficina de Planeamiento Estratégico
23	Ing. Denisse Astuhamán Jiménez	Unidad de Estadística e Informática
24	Bach. Egor Villanueva Espinoza	Unidad de Estadística e Informática
25	Ing. Eduardo Gambini Cáceres	Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
26	Felipe Christian Ceferino Paredes	Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento

X. ANEXO





ANEXO N° 1

RELACIÓN DE AREAS INVOLCRADAS POR CADA MACROPROCESO

Establecimiento de Salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Tipo de Establecimiento: II-2
Evaluador Líder: Lic. María Mercedes Liñan Huayanay

	MACROPROCESO	AREAS INVOLUCRADAS PARA EVALUAR
EQUIPO A: GERENCIALES	Direccionamiento (DIR)	<u>Of. Planeamiento Estratégico</u> , Unidad de Gestión de Riesgos, Emergencias y Desastres, U. Epidemiología, Dpto. Gineco-Obstetricia
	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	<u>Unidad de Personal</u> , Comité de Salud Ocupacional, U. Epidemiología.
	Gestión de la Calidad (GCA)	<u>Unidad de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas</u> , U. de Personal (Clima Organizacional), Relaciones Públicas, Jefes de Ser. Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización.
	Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)	<u>U. de Epidemiología (Comité de Bioseguridad)</u> , Dpto. Enfermería, U. Gestión de la Calidad, Relaciones Públicas, Ginecología, Banco de Sangre, Apoyo y Diagnóstico al Tratamiento (Nutrición, Farmacia), Diagnóstico por Imágenes, Comité de Salud Ocupacional, Lavandería, Dpto. Cirugía y /o Dpto. Ginecología.
	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	<u>Unidad Funcional de Riesgos ante Desastres</u> / Emergencia/ U. Servicios Generales/ Farmacia
	Control de Gestión de Prestación (CGP)	<u>Dirección Administrativa</u> , Of. Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad (Área de Garantía)
EQUIPO B: PRESTACIONALES	Atención Ambulatoria (ATA)	<u>Serv. Consultorios Externos</u> /U. Estadística e Informática / Plataforma de Atención al Usuario /Relaciones Públicas
	Atención de Hospitalización (ATH)	<u>Dpto. de Enfermería</u> , Pediatría, Ginecología, Medicina, Cirugía. Enfermeras Serv. Hospitalización.
	Atención de Emergencia (EMG)	<u>Dpto. Emergencia</u> , Capacitación, U. Gestión de la Calidad, Relaciones Públicas.
	Atención Quirúrgica (ATQ)	<u>Dpto. Anestesiología</u> y Centro Quirúrgico / Serv. Centro Quirúrgico
	Docencia e Investigación (DIV)	<u>U. Docencia e Investigación</u>
EQUIPO C: APOYO	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	<u>Dpto. Apoyo al Tratamiento</u> , Dpto. Diagnóstico por Imágenes, Dpto. Anatomía Patológica y Patología Clínica, Serv. Farmacia, Servicio Social, Servicio de Nutrición, Psicología.
	Admisión y Alta (ADA)	<u>Unidad de Estadística e Informática</u> , Jefatura de Enfermería, Unidad de Economía Jefatura de Consultorios Externos.
	Referencia y Contrarreferencia (RCR)	<u>Oficina de Referencia y Contrarreferencia</u> , U. Seguros
	Gestión de Medicamentos (GMD)	<u>Dpto. de Farmacia</u> , U. Logística
	Gestión de Información (GIN)	<u>U. Estadística e Informática</u> , U. Gestión de la Calidad, Of. Relaciones Públicas.
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	<u>Dpto. Enfermería</u> , Serv. Central de Esterilización, U. Servicios Generales (Lavandería), Comité de Salud Ocupacional (U. Personal), Comité de Bioseguridad (Epidemiología).
	Manejo del Riesgo Social (MRS)	<u>Servicio Social</u> / Economía
	Nutrición y Dietética (NYD)	<u>Servicio de Nutrición</u>
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	<u>U. Logística</u>	
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	<u>Unidad de Servicios Generales</u> , Of. Planeamiento Estratégico, U. Logística (Patrimonio)	





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

