



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 207-06/2024-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 27 de junio de 2024

VISTO:

El Expediente N.º 4208, que contiene la Nota Informativa N.º 419-05-2024-UGC-HCLLH/MINSA, Informe Técnico N.º 042-06/2024-EP-OPE-HCLLH, Proveído N.º 222-06-2024-OPE-HCLLH/MINSA, e Informe Legal N.º 111-06-2024-AJ-HCLLH/MINSA, relacionado al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N.º 26842 - Ley General de Salud, señala que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo 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, a través de la Resolución Ministerial N.º 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N.º 50-MINSA-DGSP-V0.2, 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 sistemas de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, con Resolución Ministerial N.º 090-2022/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N.º 326-MINSA/OGPPM-2022 - "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", estableciendo los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el MINSA, de acuerdo con los instrumentos de gestión sectorial e institucional.

Que, la Resolución Ministerial N.º 463-2010/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco LA Hoz; el cual es un documento



técnico normativo que establece los lineamientos de obligatorio cumplimiento de los órganos y unidades organizadas; a fin de cumplir con los objetivos institucionales.

Que, con Resolución Ministerial N.º 270-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, que tiene por finalidad 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 por parte de los evaluadores para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestaciones y de apoyo;



Que, mediante la Nota Informativa N.º 419-05-2024-UGC-HCLLH/MINSA, la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, remite el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz", para su revisión y aprobación mediante acto resolutivo.



Que, con el Informe Técnico N.º 042-06/2024-EP-OPE-HCLLH, emitido por la Coordinación de Equipo de Planeamiento que forma parte de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite su opinión favorable en relación al "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz"; al estar alineado con el Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2024; además de que, el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024" del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, cumple con la estructura establecida según la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



Que, mediante Informe Legal N.º 111-06-2024-AJ-HCLLH/MINSA, Asesoría Legal de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable para la aprobación del el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz"; a fin de que se cumple con el objetivo de determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de estándares de acreditación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, mediante la autoevaluación a través de la aplicación del listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud categoría II-2, establecida por el Ministerio de Salud para la identificación de fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.



Con el visto bueno del Director Ejecutivo, Jefe de la Oficina de Administración, Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad; y de Asesoría Jurídica de Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;



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

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz"; el mismo que como anexo adjunto forma parte integrante del presente acto resolutivo.

ARTICULO SEGUNDO.- ENCARGAR, a la Unidad de la Gestión de la Calidad, el seguimiento y control del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación - 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 207-06/2024-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral



ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



MC. Willy Gabriel De La Cruz López
CMP. 053280 RNE. 041777
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH



WGDLCL/BVM

- C.c.:
- Oficina de Administración.
 - Oficina de Planeamiento Estratégico
 - Unidad de Gestión de la Calidad
 - Asesoría Jurídica.
 - Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
 - Archivo.



PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

**PLAN DE AUTOEVALUACION
PARA LA ACREDITACION**

2024



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





INDICE

I. INTRODUCCION.....	3
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS	4
3.1 Objetivo General.....	4
3.2 Objetivos Específicos	4
IV. ÁLCANCE	5
V. BASE LEGAL	5
VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN	6
VII. ACTIVIDADES PROPUESTAS	8
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	10
IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN.....	12





I. INTRODUCCION

Uno de los objetivos de las políticas de salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable, siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño en una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

La acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

La acreditación es un proceso basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de salud en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Su finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud de los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos. La acreditación se rige por los principios de universalidad, unidad, gradualidad y confidencialidad.

Entre los lineamientos de política sectorial es un derecho acceder a un servicio de salud de calidad, como condición indispensable de desarrollo humano, es este sentido consideramos que es oportuno mejorar, fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Por tal motivo, mejorar la calidad de un servicio permanente, requiere del compromiso total del comité de autoevaluación, el presente plan de autoevaluación del HCLLH intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinados quienes tendrán las responsabilidades de contrastar, analizar, valorar y recomendar a cerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos en base a estándares de calidad definidos para sugerir procesos de mejora continua de la calidad.

En este contexto, el presente "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2024", 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.

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.



II. JUSTIFICACIÓN

En el marco de los lineamientos de política del sector salud y las políticas nacionales de calidad en salud, el Ministerio de Salud 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 y la Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA "Guía Técnica Del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" que permitirán la calificación por macro procesos de las unidades productoras de salud de los servicios del HCLLH, determinar su nivel de cumplimiento, identificar problemas a ser subsanados e implementar acciones de mejora y el monitoreo constante de los criterios que permitan obtener la acreditación institucional.

El Proceso de Autoevaluación ha sido considerado como parte de los Compromisos de Mejora del Convenio de Gestión 2024, establecido en el Decreto Supremo N°0036-2023-SA, en la ficha N° 44: "Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud".

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación de estándares de acreditación en el HCLLH, mediante la autoevaluación a través de la aplicación del listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud categoría II-2 establecida por el Ministerio de Salud para la identificación de fortalezas y procesos susceptibles de mejoramiento.

3.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer el desarrollo de capacidades y entrenamiento las competencias de los evaluadores internos en el marco de la autoevaluación para la acreditación con fines de mejora continua de la calidad.
- Comprometer al personal de los órganos y unidades en la planificación y desarrollo del proceso de autoevaluación del HCLLH.
- Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.
-





IV. ÁLCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud y sus modificaciones.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29344, Ley marco de aseguramiento universal en 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° 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, que otorga la Categoría II-2: Hospital de Atención General, al Establecimiento de Salud Público denominado "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".
- RD N°028-02/2023-DE-HCLLH, aprueba la Directiva Administrativa N°001-HCLLH/OPE-2023 "Directiva Administrativa para la elaboración, aprobación, registro y control de documentos normativos institucionales del HCLLH"
- Resolución Directoral N° 14-01/2024-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2024





VI. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

- 6.1 El Proceso de Autoevaluación se realizará a través del Equipo de Evaluadores Internos, el cual realizará la verificación 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.
- 6.2 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.
- 6.3 Para el cumplimiento y adecuado desarrollo del proceso de evaluación de los estándares, se asignará responsables por macroprocesos. Durante el periodo de ejecución, la metodología de trabajo será la siguiente:
- La evaluación se realizará mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
 - La aplicación de la Lista de Estándares se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue 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.
 - 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.
- 6.4 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.
 - **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.
- 6.5 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.
- 6.6 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.
- 6.7 Finalmente, el equipo de evaluadores internos realizará el informe técnico del proceso, el cual deberá tener el siguiente formato: a) Presentación; b) Objetivos; c) Alcance; d) Metodología de evaluación; e) Equipo evaluador; f) Cumplimiento del Plan; g) Observaciones; h) Puntaje alcanzado; i) Recomendaciones; j) Anexos.
- 6.8 el informe técnico de autoevaluación se remitirá a la Dirección Ejecutiva, al MINSA, a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, así como también, a las oficinas y servicios del hospital.
- 6.9 Los resultados de la evaluación externa se calificarán como sigue:
- a) Acreditado: Calificación igual o mayor a 50% del cumplimiento de los estándares.
 - b) No acreditado: Menos del 50% del cumplimiento de los estándares.
- 6.10 La implementación de mejoras en base a los resultados obtenidos estará a cargo del Equipo de Acreditación, quienes harán uso de la matriz de selección de acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.
- 6.11 La Unidad de Gestión de la Calidad será quién organice las reuniones de Apertura y de Cierre.





- **Reunión de Apertura:** Espacio de Coordinación con la Alta Dirección y las Jefaturas de las Unidades Orgánicas / áreas de trabajo para presentar los objetivos de la evaluación, al equipo de evaluadores internos, 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.
- **Reunión de Cierre:** Espacio de presentación de los resultados de la autoevaluación, 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.

VII. ACTIVIDADES PROPUESTAS

Las actividades y/o tareas propuestas para llevar a cabo el proceso de Autoevaluación 2024 del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz son las siguientes:

OE.1: Fortalecer el desarrollo de capacidades y entrenamiento las competencias de los evaluadores internos en el marco de la autoevaluación para la acreditación con fines de mejora continua de la calidad.

1. Actualización de la conformación del equipo de acreditación y del equipo de evaluadores internos del HCLLH, 2024.
2. Realización de asistencias técnicas y entrenamiento, según corresponda, al equipo de acreditación institucional y equipo de evaluadores internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.
 - Reunión de instalación: planificación del proceso, designación del evaluador líder y responsables de macroprocesos.
 - Revisión del listado de estándares por macroproceso, para el análisis de los criterios a evaluar correspondiente al nivel II-2.
3. Elaboración y presentación del Plan de Autoevaluación Institucional 2024, que contenga metodología, documentos e instrumentos que faciliten su operatización de los criterios de evaluación.
 - Difusión del Plan de Autoevaluación 2024 (Cronograma).



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD





4. Reunión de apertura.
5. Interacción con los jefes y/o responsables de Oficinas, Unidades, Departamentos, servicios/áreas involucradas en los 21 macroprocesos, para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios a evaluar.
6. Comunicación oficial al MINSA y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de autoevaluación.

OE. 2: Comprometer al personal de los órganos y unidades en la planificación y desarrollo del proceso de autoevaluación del HCLLH.

1. Aplicación del listado de estándares en acreditación.
2. Consolidación de informes parciales.
3. Digitación y procesamiento de datos (Aplicativo en Excel)
4. Análisis e interpretación de los resultados.
5. Elaboración del informe preliminar.
6. Retroalimentación de los evaluados.
7. Reunión de cierre.
8. Remisión de los resultados finales (anexo 2 y 4)
9. Elaboración y presentación del informe técnico de la autoevaluación 2024.
10. Presentación del informe técnico de autoevaluación 2024 a MINSA y a DLN.

OE.3: Analizar oportunamente los resultados obtenidos de la autoevaluación formulando conclusiones y recomendaciones.

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.
2. Monitoreo de la implementación de acciones de mejora en base a la evaluación realizada.



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	Cronograma 2024											2025	RESPONSABLES	
			Abril	Ma y	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene				
Actualización de la conformación del Equipo de Acreditación del HCLLH, 2024	Resolución Directoral	1	X	X												Dirección Ejecutiva
Actualización de la conformación del equipo de evaluadores internos del HCLLH, 2024	Resolución Directoral	1	X	X												Dirección Ejecutiva
Realización de asistencias técnicas y entrenamiento, según corresponda, al Equipo de Acreditación Institucional y Equipo de Evaluadores Internos, que permitan el cumplimiento de las funciones previamente establecidas.	Acta	2		X					X							UGC / Equipo Acreditación/ Evaluador líder
Reunión de instalación, planificación del proceso, designación de los responsables de macroprocesos.	Acta de reunión	1			X											U. Gestión de la Calidad
Revisión del listado de estándares por macroproceso, para el análisis de los criterios a evaluar correspondiente al nivel II-2	Acta de reunión	1			X											UGC / Evaluador líder
Elaboración del Plan de Autoevaluación Institucional 2024, que contenga metodología, documentos e instrumentos que faciliten su operatización de los criterios de evaluación.	Plan de Trabajo	1			X											Equipo de Evaluadores Internos / U.G.C.
Aprobación del Plan de Autoevaluación, 2024.	Resolución Directoral	1				X										Dirección Ejecutiva
Remisión de la RD de aprobación del plan de autoevaluación a la Diris Lima Norte.	Oficio				X											Dirección Ejecutiva/UGC
Reunión de Apertura	Acta	1					X									U.G.C / E. Acreditación
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 de reunión	1					X									Equipo de Evaluadores internos
Comunicación oficial al MINSa y a la DIRIS Lima Norte sobre el inicio de Autoevaluación	Oficio	1						X								Dirección Ejecutiva
Aplicación del Listado de Estándares en Acreditación.	Listado de Estándares	21								X	X					E. Evaluadores internos



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

El Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, a través de la Unidad de Gestión de la Calidad, en cumplimiento de la normativa vigente sobre el proceso de acreditación, cuenta con dos Equipos de Trabajo, los cuales están designados formalmente, vigente y publicados en la Web Institucional.

- Equipo de Acreditación del HCLLH 2024, aprobado con RD N° 107-04/2024-DE-HCLLH/MINSA, tiene por objetivo promover la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del hospital, asimismo de la implementación y cumplimiento de las acciones del proceso de acreditación, coordinando con los evaluadores internos el cronograma de la evaluación.

N°	Integrantes
1	Director Ejecutivo
2	Jefe de la Oficina de Administración
3	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico
4	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
5	Jefe de la Unidad de Epidemiología
6	Jefe del Departamento de Emergencia
7	Jefe del Departamento de Enfermería
8	Jefe del Departamento de Cirugía
9	Jefe del Departamento de Medicina
10	Jefe del Departamento de Ginecología
11	Jefe del Departamento de Pediatría
12	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
13	Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento
14	Jefe del departamento de Diagnóstico por Imágenes
15	Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

- Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH, aprobado con Resolución Directoral N°115-05/2024-DE-HCLLH/MINSA, tiene entre sus responsabilidades el recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idónea. El equipo tiene como coordinadora (Lider) a la Lic. Rosa Paiva Vite.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	UND/DPTO/SERVICIO
1	Lic. Rosa Paiva Vite	Departamento de Enfermería
2	Lic. Reina Sáenz Bazán	Departamento de Enfermería
3	Lic. María Quiñones Negreiros	Departamento de Enfermería
4	Lic. Nilton Juipa Melchor	Departamento de Enfermería
5	Lic. Neil Basilio Usuriaga	Departamento de Enfermería
6	Lic. Janet Pallin Villalobos	Departamento de Enfermería
7	Dra. Mónica Tineo Luque	Dpto. Patología clínica, anatomía patológica
8	TM. Alejandro Rapre Santos	Dpto. Patología clínica, anatomía patológica
9	Lic. Malena Ventura Rosales	Dpto. Patología clínica, anatomía patológica
10	Lic. Paula Zamora Ruiz	Unidad de Personal
11	Dr. Hairo Dedios Solís	Unidad de Gestión de la Calidad
12	Lic. Gladis Requejo Vásquez	Unidad de Gestión de la Calidad
13	Lic. Víctor Silva Espinoza	Unidad de Gestión de la Calidad
14	Sr. Cesar Ortiz Díaz	Unidad de Gestión de la Calidad
15	Lic. Sandra Rivero Gallegos	Unidad de Gestión de la Calidad
16	Lic. Rosario Vicente Rojas	Dpto. Enfermería (prog. TBC)
17	CD. Rudi Cahuana Rojas	Departamento de Odontoestomatología
18	Lic. Elke Candiotti Ramírez	Departamento de Ginecología Obstetricia
19	Lic. Lily Gómez Achulle	Departamento de Ginecología Obstetricia
20	Miguel Ángel Gonzales Oscoco	Servicio de farmacia
21	Ing. Roy Silva Sánchez	Oficina de Planeamiento Estratégico
22	Sr. Felipe Ceferino Paredes	Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
23	Psicóloga Carmen Urbina Meza	Servicio de Psicología
24	Psicóloga Yaneth Barreto	Servicio de Psicología

X. ANEXOS

- 10.1 Cronograma de Evaluación.
- 10.2 Relación de áreas involucradas en la evaluación por macroproceso.
- 10.3 Hoja de registro de datos.
- 10.4 Hoja de registro de recomendaciones.
- 10.5 Matriz de selección.



BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



ANEXO N° 01

CRONOGRAMA DE EVALUACIÓN INTERNA 2024

N°	MACROPROCESOS	CRI	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	DPTOS/SERVICIOS/UNIDADES A EVALUAR
				MA Del 01 al 30 octubre	
1	Direccionamiento (DIR)	11	Psic. Carmen Urbina Meza		Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Epidemiología, Dpto. Ginecología.
2	Gestión de recursos humanos (GRH)	11	Lic. Víctor Silva Espinoza		Unidad de Personal
3	Gestión de la Calidad (GCA)	22	Lic. Malena Rosales Ventura Psic. Yaneth Barreto		Unidad de Gestión de la Calidad / Área de Clima Organizacional (U. Personal)
4	Manejo del riesgo de la atención (MRA)	50	Dr. Hairo Dedios Solís Lic. María Quiñones Lic. Rosario Vicente Rojas Lic. Sandra Rivero Gallegos		Epidemiología, Dpto. Enfermería, Serv. Hospitalización, U. Gestión de la Calidad, Of. Relaciones Públicas, Ginecología, Banco de Sangre, Apoyo y Diagnóstico al Tratamiento (Nutrición, Farmacia), Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, U. Servicios Generales (Lavandería), Área de Salud Ocupacional, Comité de IAAS, Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, Dpto. Ginecología
5	Gestión de seguridad ante desastres (GSD)	21	Sr- Cesar Ortiz Díaz Ing. Felipe Ceferino Paredes		Unidad de Gestión de Riesgo ante Emergencias y Desastres
6	Control de la gestión y prestación (CGP)	15	Lic. Sandra Rivero Gallegos		Unidad de Gestión de la Calidad Oficina de Planeamiento Estratégico
7	Atención ambulatoria (ATA)	14	Lic. Reyna Sàenz Bazàn		Servicio de Consultorios Externos Plataforma de Atención al Usuario
9	Atención de hospitalización (ATH)	26	Lic. Lily Gómez Achulle Lic. María Quiñones Negreiros		Dpto. Enfermería Dpto. Cirugía, Medicina, Pediatría y Ginecología Enf. Resp. Servicios de Hospitalización (Medicina, Pediatría, Neonatología, Cirugía, Ginecología)
10	Atención de emergencia (EMG)	14	Dra. Mónica Tineo Luque Lic. Alejandro Rapre Santos		Dpto. Emergencia Unidad de Referencia y Contrareferencia Área de Telecomunicaciones (UEIT)



UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestación y Seguro en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho

11	Atención quirúrgica (ATQ)	24	Lic. Yaneth Pallin Villalobos Lic. Neil Basilio Isuriaga	Dpto. Anestesiología y C. Q. Serv. Centro Quirúrgico / sala de Operaciones
12	Docencia e Investigación (DIV)	14	Lic. Víctor Silva Espinoza	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
13	Apoyo diagnóstico y tratamiento (ADT)	11	Lic. Víctor Silva Espinoza Sr. Cesar Ortiz Díaz	Dpto. Diagnóstico de Imágenes Dpto. Patología Clínica Servicio Farmacia Servicio Nutrición Servicio Social Psicología
14	Admisión y alta (ADA)	16	Lic. Rosario Vicente Rojas	Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones
15	Referencia y contrareferencia (RCR)	10	Lic. Paula Zamora Ruiz	Unidad de Referencia y contrareferencia
16	Gestión de medicamentos (GMD)	15	Lic. Miguel Angel Gonzales Oscco Sr. Cesar Ortiz Díaz	Servicio de Farmacia Unidad de Logística
17	Gestión de la información (GIN)	14	Lic. Nilton Juipa Melchor	Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones
18	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. (DLDE)	17	Lic. Rosa Paiva Vite	Servicio Central de Esterilización Unidad de S. Generales (Área de Lavandería)
19	Manejo del riesgo social (MRS)	6	Lic. Gladis Requejo Vásquez	Servicio Social
20	Nutrición y dietética (NYD)	10	Sr. César Ortiz Díaz	Servicio de Nutrición y Dietética
21	Gestión de insumos y materiales (GIM)	8	CD. Rudi Cahuana Rojas	Unidad de Logística
22	Gestión de equipos e infraestructura (EIF)	12	Ing. Roy Jairo Silva Sánchez Lic. Gladis Requejo Vásquez	Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, Área de Patrimonio, Área de inversiones (OPE)





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Asesoramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ANEXO N° 2

RELACIÓN DE AREAS INVOLUCRADAS EN LA EVALUACIÓN POR MACROPROCESO

Establecimiento de Salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Tipo de Establecimiento: II-2

MACROPROCESO	AREAS INVOLUCRADAS
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. de Epidemiología (Comité de Bioseguridad), 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)	Unidad Funcional de Riesgos ante Desastres / Emergencia/ U. Servicios Generales/ Farmacia
Control de Gestión de Prestación (CGP)	Unidad de Seguros, Dirección Administrativa, 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 (GMD)	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, Unidad de Logística (Patrimonio)



BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

UNIDAD D



AD



ANEXO N° 3

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macroproceso: _____

Evaluador (es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

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



ANEXO N° 4
HOJA DE RECOMENDACIONES

Evaluador(es) _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES



BICENTENARIO
 DEL PERU
 2021 - 2024



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Seguro de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ANEXO N° 5

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

