



Resolución Directoral

Puente Piedra, 06 de Junio del 2018

VISTO:

El expediente 0005065-2018, que contiene el Memorandum N° 085-02/2018-JUGC-HCLLH; mediante el cual la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018" e Informe N° 026-05/2018-EP-OPE-HCLLH y Memorando N° 166-05-2018-OPE-HCLLH, de la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud establece que es de interés público la provisión de servicios 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° 519-2006-SA/DM, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que tiene como objetivo 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 mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, el inciso 4) de los Procedimientos para el Proceso de Acreditación de las Disposiciones Específicas de la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 – Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, establece que: Los Evaluadores Internos formulan el Plan de Autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba las "Normas de Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que entre sus objetivos específicos señala que brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como, estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa; asimismo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos;



.....//

.....//



Que, mediante documento Memorandum N° 085-02/2018-JUGC-HCLLH, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, remite a la Unidad de Planeamiento Estratégico del HCLLH, el proyecto de "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018", para su revisión;

Que, mediante Informe N° 026-05/2018-EP-OPE-HCLLH, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH, informa que el citado "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018", cumple con la estructura de la normativa vigente, por lo que mediante Memorando N° 166-05-2018-OPE-HCLLH, emite opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutivo;



Que, la aprobación del citado documento "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018", permitirá evaluar y brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos en la norma técnica de salud, para la acreditación del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo; por lo que con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, mediante el acto administrativo correspondiente;

Que, 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° 463-2010-MINSA;

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

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. - APROBAR el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018", el mismo que en anexo adjunto parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2°. - DISPONER que la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, sea el responsable de monitorear y supervisar el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones que contiene el citado plan.



ARTICULO 3°. - La Oficina de Administración y la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH, garantizarán el financiamiento del Plan, de conformidad con la disponibilidad presupuestal.

ARTICULO 4°. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones del HCLLH publique en el Portal Institucional la presente Resolución.



REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JFRT/ JLC/FOR

Transcrito para los fines a:

- () Oficina de Planeamiento Estratégico
- () Oficina de Administración
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Oficina de Comunicaciones
- () Archivo

MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
JFRT/Forres
 MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
 CMP. 34237 - RNE. 27994
 DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
PARA LA ACREDITACIÓN
DEL HCLLH
2018





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HCLLH 2018

INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	3
II. Finalidad.....	3
III. Objetivos	
3.1 Objetivo General.....	3
3.2 Objetivos Específicos.....	4
IV. Base Legal.....	4
V. Ámbito de Aplicación.....	4
VI. Disposiciones Generales.....	4
6.1 Definiciones Operativas.....	4
VII. Disposiciones Específicas	
7.1 Diagnóstico Situacional.....	5
7.2 Planificación.....	7
7.3 Organización.....	7
7.4 Recursos e Instrumentos de Evaluación.....	8
7.5 Procedimientos para el Proceso de Acreditación.....	9
VIII. Metodología de Trabajo.....	9
IX. Financiamiento.....	9
X. Recursos Requeridos.....	9
XI. Responsabilidades.....	10
XII. Anexos:	
1. Matriz de ajuste de objetivos específicos del plan de Autoevaluación....	11
2. Cronograma de actividades del proceso.....	12
3. Distribución de equipos de trabajo para la autoevaluación.....	13-14
4. Hoja de Registro de datos para autoevaluación.....	15
5. Hoja de Recomendaciones.....	16





PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HCLLH –2018

I. INTRODUCCION

La acreditación hospitalaria se ha constituido en uno de los ejes estratégicos que en gran medida sustenta los objetivos de la reforma de la salud en nuestro país, cuyo objetivo es implementar las herramientas necesarias para que los establecimientos cumplan con los requisitos mínimos de brindar servicios de calidad sostenible, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de los riesgos, tanto para los usuarios externos como para el personal.

El Ministerio de Salud ha definido, mediante estándares y criterios de evaluación un listado de los macroprocesos, los que deberán ser cumplidos por los establecimientos y apoyar a las redes asistenciales en la implementación de medidas efectivas para el cumplimiento de dichos parámetros fijados, contenidas en la Norma N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

En este contexto, la Autoevaluación o Evaluación Interna, constituye una etapa fundamental como obligatoria; proceso que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, lo hemos asumido como tal y venimos realizando desde el 2008 hasta la fecha, con resultados que si bien es cierto muestran algún avance, sin embargo, aún no alcanzamos calificaciones satisfactoria que nos permitan pasar a la siguiente etapa.

Para el logro de este propósito, es importante el compromiso de la Dirección General, su equipo de gestión, así como de los equipos operativos en todos los niveles, sean "administrativos" o "asistenciales", porque otra de las características distintivas de este proceso, es el trabajo en equipo y el enfoque sistémico como condiciones imprescindibles.

Para tal fin, la Unidad de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz conduce el sistema de mejoramiento continuo de la calidad en su condición de área de soporte técnico, cuenta con un equipo de auto evaluadores, a quienes asistirá y acompañará durante el proceso de autoevaluación a desarrollarse en las diferentes unidades productivas, dotándoles de las herramientas que correspondan para dicho proceso y sobre las cuales continuarán recibiendo el respectivo entrenamiento en el uso eficaz de las mismas, que nos permitan alcanzar la calificación aprobatoria de esta etapa.

II. FINALIDAD

- Lograr alcanzar el 85% de cumplimiento de estándares de calidad del total de 21 macro procesos que nos corresponden en la autoevaluación según nuestro nivel.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de autoevaluación 2018 para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.





3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer competencias de los equipos de evaluadores internos para la Autoevaluación 2018.
- Desarrollar el Proceso de Autoevaluación con la participación de la Dirección y su Equipo de Gestión del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Identificar los problemas y dificultades existentes en los procesos de atención que se otorgan a los usuarios de los servicios de salud, a fin de implementar procesos permanentes de mejoramiento continuo.

IV. BASE LEGAL

- Ley 26842 – Ley General de Salud
- Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud
- Ley 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- R.M. N° 519-2006/MINSA – Se aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- R.M. N° 456-2007/MINSA, Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-Vol.2 de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo, Anexo 8.
- R.M. N° 270-2009/MINSA, Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.M. N° 463-2010/MINSA/SA que aprueba el ROF del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- R.D. N° 260-09/2017-HCLLH/SA del 04 de Setiembre de 2017, conformación del Equipo de Evaluadores Internos del HCLLH.
- R.D. N° 81-03/2017-HCLLH/SA, "Directiva Técnica para la Elaboración de Planes de Trabajo y Planes de Acción"

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Autoevaluación es de alcance a todas las Unidades Orgánicas y Funcionales que conforman el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

- El Proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
- Las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control de la autoridad institucional.
- La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.
- El Listado de Estándares para la Acreditación se constituye como el único documento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad – estructura, proceso y resultados que deben cumplir el establecimiento de salud.
- Para el desarrollo de la Autoevaluación la Unidad de Gestión de la Calidad brindará asistencia técnica y capacitación de los evaluadores internos.
- El proceso de autoevaluación debe ser llevado a cabo en absoluto respecto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

6.1 Definiciones Operativas:

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódica, basado en la comparación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.





- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- **Guía Técnica del Evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de acreditación. Con especial énfasis en la verificación en los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
- **Mejora Continua:** Procesos interrumpidos de cambio, con base de un ciclo que comprende 4 fases: planificar, hacer, verificar y actuar.
- **Proceso:** Conjunto de etapas sucesivas de una operación (asistencial, administrativa, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Problema:** Situación o condición que se constituye como una debilidad o amenaza y debe mejorarse.
- **Calidad:** Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.
- **Usuario:** Persona que utiliza los productos o servicios que brindan los establecimientos y servicios médicos de apoyo.

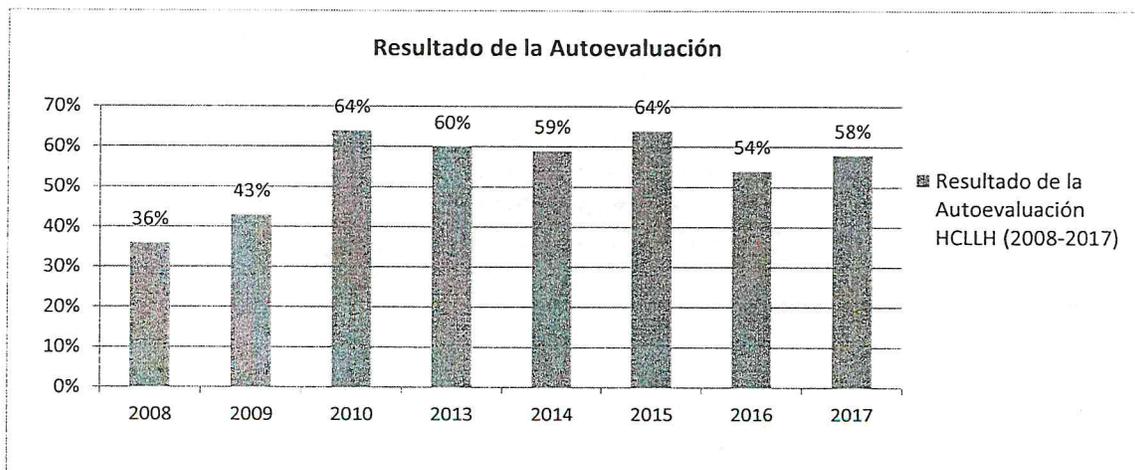
VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 Diagnóstico Situacional:

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, viene realizando la autoevaluación que es la primera fase de la Acreditación y es obligatoria hace 09 años, con un puntaje de 36% al 2008; 43% al 2009; 64% al 2010.

En los años 2011 y 2012 no se realizó la autoevaluación debido a problemas administrativos referentes a la obtención de la re categorización en el Nivel II-2, y también porque según la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, menciona en caso de que los plazos no se cumplan el proceso de autoevaluación deberá reiniciarse desde la fase de inicio.

En el año 2013 se obtuvo 60%, en el 2014 se obtuvo 59%, en el 2015 un 64%, en el año 2016 un 54% y en el año 2017 se obtuvo un puntaje de un 58%.





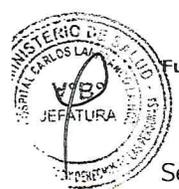
RESULTADO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2017

Establecimiento : HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
 Tipo de Establecimiento : II-2
 Fase: AutoEvaluación
 Año: 2017
 Período : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	47.74	40.72	85.29	211.25	139.28	65.93
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	47.74	21.06	44.12			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.74	29.69	62.20			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.74	33.05	69.23			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	47.74	34.95	73.21			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	47.74	29.38	61.54			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.74	16.71	35.00	241.43	124.48	51.56
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.74	28.29	59.26			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	17.05	12.56	73.68			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	17.05	9.25	54.26			
Docencia e Investigación	14	8	6	0	14	47.74	13.13	27.50			
Apoyo diagnóstico y tratamiento	11	1	9	1	11	17.05	1.16	6.82	150.89	85.03	56.35
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.05	11.94	70.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.05	14.04	82.35			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.05	13.77	80.77			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.05	11.49	67.39			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	34.10	18.23	53.45			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	17.05	7.75	45.45			
Manejo de nutrición de pacientes	10	4	5	1	10	17.05	11.03	64.71			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.05	13.77	80.77			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.05	2.51	14.71			
Total	341	133	167	41	341	651.31	374.48		603.57	348.79	
									Puntaje Final (%)	58	

RESULTADO FINAL
 NO aprobado - Su bsanar en 9 meses (50%-69%)

Calificaciones :
 NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
 NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
 NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
 Aprobado (85% o más)



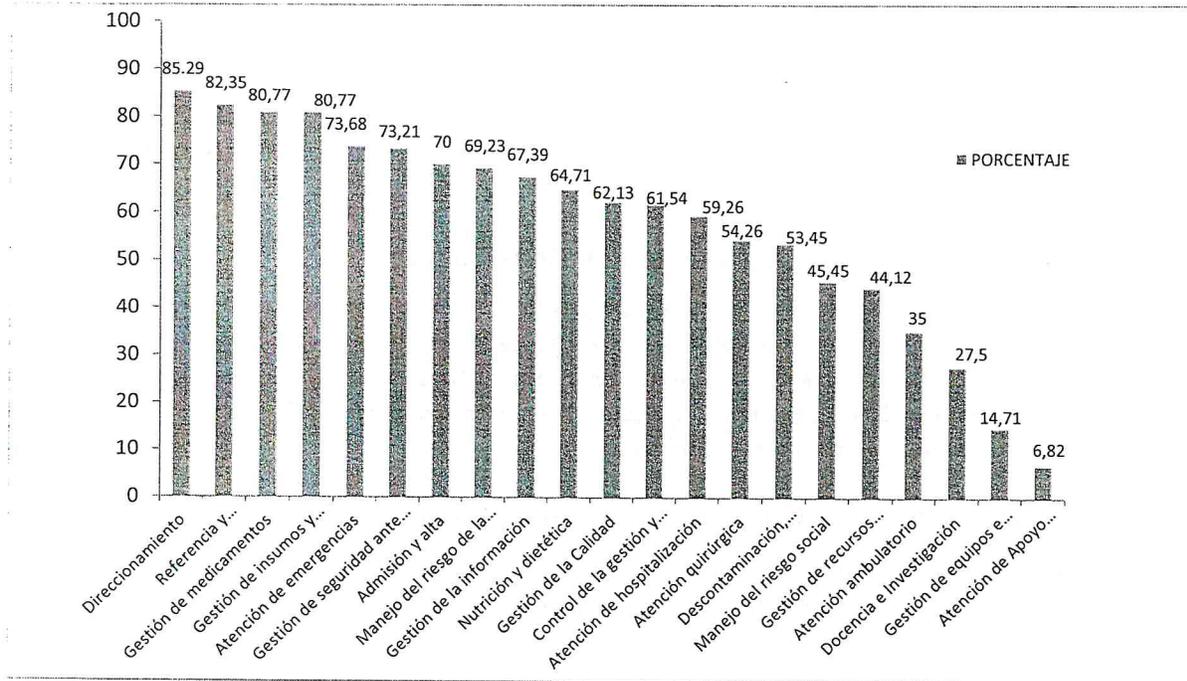
Fuente: Aplicativo de Acreditación del MINSA 2017

Se observa que nuestro Hospital alcanzó el 58% menor al 85% que es lo requerido para pasar a una evaluación externa.



RESULTADO DE AUTOEVALUACIÓN POR MACROPROCESO -HCLLH 2017

(De Mayor a Menor Porcentaje)



Fuente: Área de Información para la Calidad – Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH (Aplicativo para la Acreditación MINSA)

7.2 Planificación

Las actividades del Plan de Gestión de la Calidad en Salud están articuladas al POA 2018.

META FÍSICA		
Sub producto Institucional	Unidad de Medida	Meta
Plan de Autoevaluación para la Acreditación aprobado	Plan/RD	1
Ejecución de la Autoevaluación	Informe	1

7.3 Organización

La Unidad de Gestión de la Calidad y Desarrollo de las Personas tiene asignada la función del Proceso de Acreditación para lo cual se cumplirá con el monitoreo de las siguientes actividades.

- Elaboración y Aprobación del Plan de Acreditación.**

Se remitirá el Plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con RD como lo indica la Norma Técnica de Acreditación.

- Conformación /Actualización/ Oficialización de Equipo de Evaluadores Internos**

Se debe conformar los equipos de evaluadores internos con Resolución Directoral. De forma complementaria cada equipo se organizará internamente para el cumplimiento de las actividades. Lo que dará inicio al proceso de autoevaluación. Los equipos antes mencionados deberán disponer del tiempo necesario para cumplir con los objetivos ya establecidos y





remitirán sus Informes al Equipo de Redacción constituido por los siguientes: El encargado del Proceso de Acreditación del área de Calidad, consolidará la información y en última reunión con los evaluadores internos emitirán el Informe Final.

- **Capacitación de Evaluadores Internos – Certificación**

Se realizará la capacitación a los Evaluadores Internos del hospital con la finalidad de fortalecer sus conocimientos con respecto a este tipo de evaluación de establecimientos de salud.

- **Socialización del Plan de Autoevaluación (Acreditación)**

Se formularán estrategias de comunicación orientado sensibilizar y acoger la colaboración de los Jefes, Coordinadores y trabajadores en general en el proceso de autoevaluación y acreditación institucional. Para lo cual se realizará la presentación del plan en reunión del Equipo de Gestión, la elaboración y publicación en la página web del Hospital del contenido del presente plan y los objetivos del mismo.

- **Revisión y/o reformulación de instrumentos de recolección de información**

Esta actividad se realizará por cada macroproceso y su duración no excederá de dos semanas. Culminada la revisión, el Coordinador de cada Equipo entregará a la Unidad de Gestión de la Calidad sus requisitos (instrumentos para la autoevaluación de datos u otros) para iniciar luego el proceso de autoevaluación.

- **Ejecución de la Autoevaluación/Planificación de las visitas**

Establecido el cronograma de actividades se procederá 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.

- **Elaboración del informe final y remisión a las instancias correspondientes**

Este paso consiste en la elaboración de los informes de cada equipo evaluador y remisión al Equipo de Redacción que se encargará de la consolidación de los resultados y redactará el informe final que debe ser elevado a la Dirección y niveles correspondientes. Finalmente se procederá a la retroalimentación a las Jefaturas, Coordinadores y trabajadores en general.

- **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 proyectos de mejora continua en las áreas correspondientes.

Los servicios y áreas proceden a realizar sus actividades para implementar las mejoras. La Unidad de Gestión de Calidad monitoriza y hace el seguimiento de los avances mediante informe.

7.4 Recursos e Instrumentos para la Autoevaluación

- ✓ Evaluadores seleccionados y capacitados.
- ✓ Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP - V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- ✓ Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo con categoría II-2.





- ✓ Hojas de registro de datos para la evaluación y de recomendaciones.
- ✓ Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

7.5 Procedimientos para el Proceso de Autoevaluación

- Se deberá incluir el Plan de Autoevaluación en el Plan Operativo Anual.
- Para el proceso de autoevaluación, la Dirección dispone de la conformación de un equipo de acreditación.
- Se selecciona a los evaluadores internos, según criterios preestablecidos.
- Los evaluadores internos formularán el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la Dirección.
- El equipo de acreditación, con el visto bueno de la Dirección, promueve la difusión y el conocimiento del listado y estándares de acreditación entre el personal del hospital.
- Se designa los responsables de cada Unidad, Servicio y área para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente los externos.
- Es obligatorio el reporte del inicio de la autoevaluación a las instancias superiores.
- El equipo de evaluadores internos interna y concluyen con el informe final de autoevaluación.

VIII. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos para lo cual harán uso del Listado de Estándares de Acreditación correspondiente al Nivel II-2 contando con la participación activa del Director, Jefaturas, Coordinadores y Responsables de las Unidades Orgánicas del Hospital como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora.

La experiencia y capacitación impartida al seleccionado equipo de evaluadores internos, permitirá verificar el cumplimiento de los criterios de evaluación a la realidad actual de los servicios ofertados en los plazos considerados en el Plan de Autoevaluación con respaldo a la normativa vigente.

Las técnicas a usar por el equipo de autoevaluación serán: de verificación y revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras, encuestas, auditorías, siendo el principal instrumento la "Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

IX. FINANCIAMIENTO

El Plan será financiado por el Hospital teniendo en cuenta las actividades prioritarias y la disposición presupuestal.

X. RECURSOS REQUERIDOS

CANTIDAD	MATERIALES	Precio Unitario	Precio Total
30 juegos	Listado de Estándares de Acreditación de E.S. Nivel II-2 (Anexo 8) – copias anilladas	S/. 7.00	S/. 210.00
25 u.	Tablero de madera tamaño A4 con un sujetador de metal	S/. 3.50	S/. 87.00
3 u.	Corrector líquido tipo lapicero con punta fina de metal	S/. 3.00	S/. 9.00





1 u.	Memoria portátil (USB) de 16 GB	S/. 40.00	S/. 40.00
50 u.	Lapiceros	S/. 0.50	S/. 25.00
50 u.	Lápices	S/. 0.50	S/. 25.00
50 u.	Borradores blancos	S/. 1.00	S/. 50.00
3 millares	Papel bond de 80 gr. tamaño A4	S/. 10.00	S/. 30.00
01 u.	Thoner	S/. 380.00	S/. 380.00
25	Chalecos de tela para los evaluadores internos	S/. 50.00	S/. 750.00
100 u.	Fólder manila	S/. 0.50	S/. 50.00
			S/. 1'656.00
CANTIDAD	INSUMOS		
500 u.	Agua mineral	S/. 1.50	S/. 750.00
500 u.	Galletas	S/. 0.50	S/. 250.00
PRECIO TOTAL:			S/. 2'656.00

XI. RESPONSABILIDADES:

- Dr. Jorge Fernando Ruiz Torres: Director Ejecutivo del HCLLH
- CPC Elizabeth Erika Elías Rodríguez: Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
- Lic. Paula Zamora Ruiz: Responsable del Área de Mejora para la Calidad
- **Elaboración y ejecución del Plan de Autoevaluación:**
 - Equipo de Evaluadores Internos
- **Del proceso de Autoevaluación.**
 - Equipo de Gestión
 - Equipo de Acreditadores
 - Equipo de Evaluadores Internos
 - Jefes de Unidades, Departamentos, Servicios y Áreas.
- **De la Elaboración y Ejecución de las Acciones de Mejora Post Autoevaluación.**
 - Jefes de Unidades, Departamentos, Servicios y Áreas.
- **Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora Post Autoevaluación.**
 - Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.





XII. ANEXOS:

ANEXO N° 1

MATRIZ DE AJUSTE A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2018

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Desarrollar el proceso de autoevaluación 2018 para la Acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer competencias de los equipos de autoevaluadores internos para la autoevaluación del año 2018. • Desarrollar el proceso de autoevaluación con la participación de la Dirección y su Equipo de Gestión del HCLLH. • Identificar los problemas y dificultades existentes en los procesos de atención que se otorgan a los usuarios de los servicios de salud, a fin de implementar procesos permanentes de mejoramiento continuo 	<p>-Superar el estándar alcanzado de la Autoevaluación del año 2017 >a 58%.</p> <p>-Lograr conformar los equipos de evaluadores internos para la Autoevaluación, capacitados y certificados.</p> <p>-Contar con el Plan de Autoevaluación aprobado y realizar la ejecución.</p> <p>-Mejorar los macroprocesos que obtuvieron 0 y 1 mediante las acciones de mejora.</p>





ANEXO Nº 02

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2018

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	META ANUAL	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			FUENTE DE VERIFICACIÓN	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
Desarrollar el proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2018	Fortalecer competencias en el proceso de Acreditación	Conformación/ Actualización/Oficialización del Equipo de Acreditación	1			X										Resolución Directoral	
		Conformación/ Actualización/Oficialización del Equipo de Evaluadores Internos	1			X											Resolución Directoral
		Elaboración y aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2018	1			X											Plan aprobado con RD
		Capacitación de evaluadores Internos - Certificación	1			X											Informe
		Reuniones técnicas de trabajo de la UGC con el Equipo de Evaluadores Internos	1			X	X	X									Lista de asistencia
		Reuniones técnicas con los Jefes de Unidades, Departamentos y Servicios sobre el Proceso de Autoevaluación	1			X			X								Lista de asistencia
		Comunicación Oficial del Inicio del Proceso de Autoevaluación 2018	5				X	X	X			X					Oficio que comunica el inicio del Proceso de Autoevaluación
		Ejecución de la Autoevaluación (aplicación de la lista de estándares)	21							X							Hojas de Registro de datos para la autoevaluación
		Procesamiento de datos y análisis de resultados	1							X							Aplicativo
		Elaboración y presentación del Informe Final de Autoevaluación 2018	1									X					Informe Final
Identificar los problemas y dificultades existentes en los procesos de atención de servicios de salud, a fin de implementar procesos permanentes de mejoramiento continuo.	Identificación y seguimiento de oportunidades de mejora e implementación de las mismas en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación		1								X	X	X			Plan de Trabajo RD	
		Entrega del informe final del cumplimiento del plan de mejora post autoevaluación 2018	1											X		Informe	





ANEXO 03: DISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Tipo de Establecimiento: II-2

Evaluador Líder: Lic. Rosario Miraval Contreras

EQUIPO	MACROPROCESO	EVALUADORES INTERNOS	AREAS INVOLUCRADAS PARA EVALUAR
EQUIPO A: GERENCIALES	Direccionamiento (DIR)	<u>CPC Johnny Navarro Mendoza</u> Sra. Clara Champac Arias	Dirección, Of. Planeamiento Estratégico, U. Epidemiología, Dpto. Gineco-obstet.
	Gestión de Recursos Humanos (GRH)	<u>Sra. Clara Champac Arias</u> CPC Erika Elías Rodríguez	Unidad de Personal
	Gestión de la Calidad (GCA)	<u>Lic. Nilton Juipa Melchor</u> Sra. Jaqueline Chavesta Chero	<u>Unidad de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas</u> Unidad de Personal
	Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)	<u>Lic. Reyna Sáenz de Cueva</u> Lic. Nilton Juipa Melchor Lic. Judith Vidal Campos Ing. Roy Silva Sánchez	<u>Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental,</u> Comité de Salud Ocupacional, Farmacia, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Serv. Nutrición, Unidad de SS.GG., Dptos. de Enfermería, Pediatría, Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia
	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)	<u>Dr. Marco Segura Salas</u> Lic. Paula Zamora Ruiz	<u>Unidad Funcional de Riesgos ante Desastres /</u> Departamento de Emergencia/ Unidad de SS.GG/ Farmacia
	Control de Gestión de Prestación (CGP)	<u>Lic. Fabiola Rafael Rosales</u> Lic. María Quiñones Negreiros	Dirección Ejecutiva, Of. Planeamiento Estratégico, Comité de Auditoría, Unidad de Gestión de la Calidad
EQUIPO B: PRESTACIONALES	Atención Ambulatoria (ATA)	<u>Lic. Luz Vidalina Llano Flores</u> Lic. Raquel Tipula Checasaca	<u>Serv. Consultorios Externos /U. Estadística e</u> Informática / Plataforma de Atención al Usuario /Relaciones Públicas
	Atención de Hospitalización (ATH)	<u>Lic. Emma Quintana Sierra</u> Lic. Yolanda Solorzano Sevillano CD Rudi Cahuana Rojas Lic. Luis Infantes Oblitas	<u>Jefes de Departamentos de: Enfermería, Pediatría,</u> Ginecología, Medicina, Cirugía. Enfermeras Responsables de los Serv. de Hospitalización.
	Atención de Emergencia (EMG)	<u>Lic. Janeth Pallin Viillalobos</u> Lic. Yanet Quiroz López	<u>Dpto. Emergencia</u>
	Atención Quirúrgica (ATQ)	<u>Lic. Rosario Miraval Contreras</u> Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo	Jefe del Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico <u>Enfermera Resp. del Serv. Centro Quirúrgico</u>
	Docencia e Investigación (DIV)	<u>Luz Hermenegildo Quichiz</u>	Unidad de Docencia e Investigación
EQUIPO C: APOYO	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento (ADT)	<u>Lic. Judith Vidal Campos</u> CPC Erika Elías Rodríguez	<u>Jefatura de Diagnóstico por Imágenes, Jefatura de</u> Laboratorio, Jefatura de Farmacia, Jefatura de Servicio Social, Jefatura de Farmacia, Jefatura de Nutrición.
	Admisión y Alta (ADA)	<u>Lic. Yolanda Solorzano</u> Lic. Fabiola Rafael Rosales	<u>Unidad de Estadística e Informática, Jefatura de</u> Enfermería, Unidad de Economía Jefatura de Consultorios Externos.
	Referencia y Contrareferencia (RCR)	<u>Lic. Luz Hermenegildo Quichiz</u> Lic. Elke Jury Candiotti Ramírez	Oficina de Referencia y Contrareferencia





Gestión de Medicamentos (GMD)	<u>Lic. Yanet Quiroz López</u> Lic. Luis Infantes Oblitas	Dpto. de Farmacia Unidad de Logística
Gestión de Información (GIN)	<u>Ing. Roy Silva Sánchez</u> Lic. Janeth Pallin Villalobos	Unidad de Estadística e Informática
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)	<u>Lic. Paula Zamora Ruiz</u> Lic. Nilton Juipa Melchor	Serv. Central de Esterilización, Unidad de Servicios Generales, Unidad de Epidemiología.
Manejo del Riesgo Social (MRS)	<u>Lic. María Quiñones Negreiros</u> Lic. Raquel Tipula Checasaca	Servicio Social
Nutrición y Dietética (NYD)	<u>CD Rudi Cahuana Rojas</u> Lic. Emma Quintana Sierra	Servicio de Nutrición
Gestión de Insumos y Materiales (GIM)	<u>Lic. Elke Candiotti Ramírez</u> Sra. Jaqueline Chavesta Chero	Unidad de Logística
Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)	<u>Lic. Raquel Tipula Checasaca</u> Lic. Rosario Miraval Contreras Sra. Mary Luz Cangana Melgarejo	Unidad de Servicios Generales, Unidad de Logística (Patrimonio)





ANEXO N° 04:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: _____

Macroproceso: _____

Evaluador (es): _____

Fecha: _____

Servicios evaluados: _____

Participantes de la evaluación: _____

Código de Estándar: _____

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



