

**HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA**

**OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**



---

**DOCUMENTO TÉCNICO:  
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN**

---

Lima – Perú

**2025**



**Aprobado por:**

MC. Edgar Jesús Miraval Rojas  
Director General

**Revisado por:**

MC. José del Carmen Farro Sánchez  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

**Elaborado por:**

Raúl Julián Blondet Hernández  
Responsable de la PAUS

Equipo de Evaluadores Internos



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1 Objetivo General.....	4
3.2 Objetivos Específicos.....	4
IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO.....	5
6.1 Definiciones Generales.....	5
6.2 Metodología de la Evaluación.....	7
6.2.1 Recursos e Instrumentos.....	7
6.2.2 Conformación del Equipo de Acreditación.....	7
6.2.4 Plan Anual de Gestión de la Calidad 2024.....	8
6.2.5 Comunicación del Inicio de la Autoevaluación.....	8
6.2.6 Plan de Autoevaluación 2024.....	8
6.2.7 Presentación del Informe de Autoevaluación.....	8
VII. RESPONSABILIDADES.....	8
VIII. ANEXOS.....	8
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	11



## I. INTRODUCCIÓN

Dentro de los Lineamientos de la Política Sectorial, se promueve como un derecho de condición indispensable del ser humano acceder a un servicio de salud de calidad, el cual no es una acción del momento, sino un proceso permanente con el compromiso de todos los involucrados que permita su sostenibilidad en el tiempo, en ese sentido, consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo de nuestra población.

El proceso de acreditación de establecimientos de salud está compuesto por dos fases:

1. Evaluación interna (autoevaluación)
2. Evaluación externa

En este contexto el Hospital Víctor Larco Herrera, plantea la necesidad de contar con un plan de autoevaluación para la Acreditación 2025 que direcciona, los procesos a seguir, respecto al resultado obtenido en la Autoevaluación del 2024, con un puntaje del **87%** que corresponde a "Aprobado", Este resultado nos permite reorientar nuestros esfuerzos para continuar implementando las mejoras correspondientes en cada Departamento, Servicio y Oficina.

El Plan de Evaluación Interna es un documento que señala los objetivos y actividades para la aplicación de la autoevaluación 2025, fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, contando con evaluadores internos previamente capacitados (equipo institucional), quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación con categoría III-E, realizando una evaluación interna identificando el nivel de cumplimiento de los estándares (aspectos que debilitan la oferta) y las fortalezas de procesos del Hospital "Víctor Larco Herrera".

## II. FINALIDAD

Conocer el nivel de cumplimiento de los procesos y macroprocesos de evaluación de las unidades prestadoras de salud, para alcanzar los estándares de calidad para la acreditación del Hospital "Víctor Larco Herrera", según los Lineamientos de la normativa vigente contemplado en la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA del 04 de Junio del 2007 que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", así como la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA del 23 de Abril del 2009.

El Listado de Estándares de Acreditación aplicados será de la categoría III-1 correspondiente a Hospitales.

## III. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo General

La Autoevaluación interna permitirá conocer el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación indicados en cada uno de los Macroprocesos de acuerdo al listado de estándares correspondiente a la categoría III-E del Hospital "Víctor Larco Herrera".

### 3.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer competencias en el Proceso de Evaluación Integral de la Calidad para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Desarrollar el Proceso de Autoevaluación para la Acreditación / Certificación Institucional.

## IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación a todos los Departamentos, Oficinas y Servicios del hospital Víctor Larco Herrera.



## V.BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" y sus modificatorias.
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y sus modificatorias.
- Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Legislativo N° 1088, "Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN)".
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 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° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N° 079-2025-DG-HVLH/MINSA, que conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera para el período 2025.
- Resolución Directoral N° 076-2025-DG-HVLH/MINSA /MINSA, que conforma el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Víctor Larco Herrera para realizar el proceso de autoevaluación 2025.

## VI.CONTENIDO

### 6.1 Definiciones Generales

Para el desarrollo del presente plan es necesario tener en cuenta las siguientes definiciones:

#### **Acreditación**

Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

#### **Atención de Salud**

Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

#### **Atributos de Calidad**



Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles deseados.

#### **Autoevaluación**

Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en el 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.

#### **Criterios de Evaluación:**

Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

#### **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.

#### **Estándar de Estructura**

Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### **Estándar de Proceso**

Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### **Estándar de Resultado**

Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

#### **Estándares Específicos**

Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

#### **Estándares Genéricos**

Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la prestación.

#### **Evaluación Externa**

Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en las fases anteriores, autoevaluación o evaluación por pares (opcional). Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial otorgada por el Ministerio de Salud o Resolución Presidencial otorgada por los Gobiernos Regionales.

#### **Guía del Evaluador**

Documento técnico que describe la metodología de las diversas fases de evaluación para la aplicación de los criterios de evaluación con la finalidad de garantizar la total objetividad.

#### **Informe Técnico de la Autoevaluación**

Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisan el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.



### **Informe Técnico de la Evaluación Externa**

Documento que contiene los resultados de la evaluación externa realizada por evaluadores externos y que sirve para precisar el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional, incluyendo la opinión de calificación para la acreditación.

### **Informe Técnico de Seguimiento de la Acreditación**

Documento que contiene los resultados de la evaluación de seguimiento anual, a cargo de evaluadores externos. Sirve para verificar el grado de mantenimiento de las condiciones que permitieron la acreditación, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en el Informe Técnico de la Evaluación Externa.

### **Listado de Estándares de Acreditación**

Documento que 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 o servicios médicos de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

## **6.2 Metodología de la Evaluación**

### **6.2.1 Recursos e Instrumentos**

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Listado de Estándares de Acreditación categorías de I-1 al III-1
- Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Hoja de Registro de datos para Autoevaluación.
- Aplicativo Informático para el registro y procesamiento de resultados.

#### **Material de Escritorio:**

- Lapicero rojo y azul 25 lapiceros de cada color
  - Lápiz 25 unidades
  - Borrador de lápiz 10 unidades
  - Corrector 10 unidades.
  - Papel bond A-4 03 millar
- ✓ Refrigerio para los equipos conformados durante la evaluación y acreditación

#### **RECURSOS FINANCIEROS**

Financiado por el Hospital Víctor Larco Herrera, presupuesto 2025.

### **6.2.2 Conformación del Equipo de Acreditación**

De acuerdo a lo indicado en la Resolución Directoral N° 079-2025-DG-HVLH/MINSA del 16 de abril del 2025, que conforma el Equipo de Acreditación del Hospital Víctor Larco Herrera para el período 2025, el cual se encuentra integrado por los siguientes Unidades Orgánicas:

- Directora General del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Director Adjunto del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Administración
- Jefe del Departamento de Hospitalización
- Jefa del Departamento de Rehabilitación y Psicoterapia
- Jefa del Departamento Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria
- Jefa del Departamento de Psiquiatría del Niño y Adolescente
- Jefa del Departamento de Emergencia
- Jefe del Departamento de Apoyo Médico Complementario
- Jefa del Departamento de Farmacia
- Jefa del Departamento de Trabajo Social



- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe del Departamento de Psicología
- Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe de la Oficina de la Gestión de la Calidad
- Jefa de la Oficina de Estadística e Informática
- Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Jefa del Departamento de Nutrición y Dietética

### 6.2.3 Conformación del Equipo de Evaluadores Internos

Listado Oficial aprobado mediante Resolución Directoral N° 076-2025-DG-HVLH/MINSA del 10ABR2025, de conformación de equipo de evaluadores internos, según se detalla:

- MC. José del Carmen Farro Sánchez
- MC. Ana María Boza Huamaní
- MC. Isabella Wolniczack Rodríguez
- MC. Julián Reynaldo Sarria García
- MC. Carlos Salgado Valenzuela
- MC. Clara Huamán Aguado
- Lic. Leandro Iván Lizárraga Ramos
- Lic. Carmen Rosa Díaz Tejada
- MC. Rosa Elizabeth Zegarra Moretti
- MC. Walter Alfredo Espinoza Cuestas
- Lic. Florencia Antonia Alendez Peralta
- QF. Carmen Victoria Cuevas Ramos
- MC. Armando Torres Oliviera
- Lic. Doris Pilar Alarco Aguirre
- Lic. Lourdes Mercedes López Moreno
- MC. José Bojórquez De la Torre
- MC. Mirko Osyano Karlovich
- MC. Liesel Marie Ludowieg Cassinelli

### 6.2.4 Plan Anual de Gestión de la Calidad 2025

Con Resolución Directoral N° 040-2025-DG-HVLH de fecha 27 de Febrero del 2025 se aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad-2025" del Hospital Víctor Larco Herrera.

### 6.2.5 Comunicación del Inicio de la Autoevaluación

Después de la aprobación del presente Plan de Autoevaluación.

### 6.2.6 Plan de Autoevaluación 2025

Al elaborar el Plan de Autoevaluación se formaron grupos de evaluadores entre los cuales se distribuirán todos los macroprocesos a evaluar.

### 6.2.7 Presentación del Informe de Autoevaluación

Culminado el proceso de autoevaluación por parte de los evaluadores internos, se procederá al ingreso de los datos obtenidos, en el aplicativo respectivo, para el registro y procesamiento de los resultados.

## VII. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad es del Equipo de Evaluadores Internos.

## VIII. ANEXOS

- Anexo 1: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2025
- Anexo 2: Hoja de registro de datos para autoevaluación





**ANEXO 01  
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN 2025  
HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"**

RESPONSABLE DE EQUIPO DE EVALUADORES	GRUPOS	RESPONSABLES	ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE							OCTUBRE										
				Lun 22	Mar 23	Mier 24	Jue 25	Vier 26	Lun 29	Mar 30	Mier 1	Jue 2	Vier 3	Lun 6	Mar 7	Mier 8					
Méd. José del Carmen Farro Sánchez	GRUPO 1	MC. Julián Reynaldo Sarita García MC. José Bojórquez De la Torre	MP4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN MP19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL  MACROPROCESOS	X	X	X															
	GRUPO 2	MC. Armando Torres Oliviera MC. Clara Huamán Aguado	MP15: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MP18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN				X	X													
	GRUPO 3	MC. Ana María Boza Huamán MC. Walter Alfredo Espinoza Cuestas	MP5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES MP16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS					X													
	GRUPO 4	Lic. Leandro Iván Lizárraga Ramos MC. Rosa Elizabeth Zegarra Moretti	MP6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN MP9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN						X												
	GRUPO 5	Lic. Carmen Rosa Díaz Tejada MC. Mikko Oshyano Karlovich	MP13: ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MP20: NUTRICIÓN Y DIÉTICA							X											
	GRUPO 6	GF. Carmen Victoria Cuevas Ramos Lic. Lourdes Mercedes López Moreno	MP12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN MP22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA								X										
	GRUPO 7	MC. Carlos Salgado Valenzuela MC. Liesel Marie Ludowieg Cassinelli	MP2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS MP3: GESTIÓN DE LA CALIDAD												X						
	GRUPO 8	MC. Isabella Wolniczack Rodríguez Lic. Florencia Antonia Alendrez Peralta	MP1: DIRECCIONAMIENTO MP7: ATENCIÓN AMBULATORIA													X					
	GRUPO 9	Lic. Doris Pilar Alarco Aguirre MC. José del Carmen Farro Sánchez	MP17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN MP21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES													X			X		
	GRUPO 10	MC. José del Carmen Farro Sánchez MC. Ana María Boza Huamán	MP10: ATENCIÓN DE EMERGENCIAS MP14: ADMISIÓN Y ALTA																X		X



ANEXO 02

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

Establecimiento de Salud: Categoría III- E - Hospital "Víctor Larco Herrera" Fecha: \_\_\_\_\_

Macroproceso: \_\_\_\_\_

Evaluador(es):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Servicios evaluados:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Participantes de la evaluación:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DE PUNTAJE/ COMENTARIOS	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

Firmas  
Evaluadores

Participantes



## IX. BIBLIOGRAFÍA

- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de Junio del 2007, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA de fecha 23 de Abril del 2009, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

