



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Juan de Miraflores, 16 JUN 2011

**VISTO:**

El OFICIO N° 51-2011-HMA-OGC, mediante el cual solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2011, del Hospital María Auxiliadora".

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicio médico de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de Junio del 2007, se aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 - "Normas Técnicas de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, siendo de aplicación en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados;

Que, mediante Resolución Directoral N° 075-2011-HMA-DG de fecha 07 de Marzo del 2011, se conforma el "Equipo de Evaluación Interno para el Desarrollo de la Autoevaluación del Hospital María Auxiliadora";

Que, mediante documento de visto, la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del "Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2011, del Hospital María Auxiliadora", el cual tiene como finalidad de buscar contribuir a garantizar a los usuarios de salud, que el Hospital María Auxiliadora cuente según su nivel de complejidad con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos, siendo necesario, la emisión del acto resolutorio;



R. REATEGUI DE conformidad con las facultades conferidas por Resolución Ministerial N° 860-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital María Auxiliadora, con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica;



**SE RESUELVE:**

L. PARRA G. **Artículo 1°:** APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2011, DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, el mismo que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°:** ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad, la supervisión y cumplimiento del Plan aprobado por la presente resolución.

**Artículo 3°:** ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática la publicación del instrumento aprobado por la presente Resolución en su Portal Institucional.

**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) Dirección Ejecutiva de Administración.
- ( ) Oficina de Gestión de la Calidad
- ( ) Oficina de Asesoría Jurídica.
- ( ) Departamentos y Oficinas
- ( ) Archivo
- ( ) JACV/RRD/wss



**REGISTRESE y COMUNIQUESE**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Dr. Jorge Luis Rodríguez  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.H. 3771





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital  
María Auxiliadora

"Decenio de las Personas con Discapacidad"  
Año del Centenario de Machu Picchu para el Mundo

# PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2,011



L. PARRA

OFICINA DE GESTION DE LA  
CALIDAD

SJM, Lima - Perú



## INDICE

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACION
3. FINALIDAD
4. ALCANCE
5. BASE LEGAL
6. METODOLOGIA DE EVALUACION
7. RECOPIACION DE DOCUMENTACION E INFORMACION
8. COORDINACION Y DEFINICION DEL PLAN DE TRABAJO
9. CRITERIO DE EVALUACION
10. ELABORACION DE INFORME TECNICO DE LA EVALUACION
11. CRONOGRAMA DE AUTOEVALUACION
12. EQUIPO DE EVALUACION
13. CUADRO DE DISTRIBUCION DE MACROPROCESOS ESTANDARES Y CRITERIOS DE EVALUACION DEL HMA



L. PARRA G.



**PLAN DEL DESARROLLO DE AUTOEVALUACION PARA LA  
ACREDITACION 2011  
DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**

**1. INTRODUCCION**

El MINSA desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en un esfuerzo importante que tiene una base en un accionar de mejora continua de calidad en el corto, mediano y largo plazo.

La Gestión de la Calidad ha venido avanzado en la mejora de los procesos y procesamientos en salud que buscan la satisfacción de los usuarios, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

El escaso desempeño del proceso de acreditación que se dio en nuestro país fue ocasionado por las propias condiciones del sector salud, por la falta de incentivos económicos financieros y de mercado, por los escasos recursos para impulsar el proceso, el mismo que no garantizaba mayores comparativas en relación con quienes no acreditaban

El reto planteado lo constituye el nuevo proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, que se desarrollará en el marco de la descentralización con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren el compromiso, integridad y autonomía que posibiliten la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

Este modelo incluye la auto-evaluación de carácter obligatorio y una evaluación externa de carácter voluntario, ambas necesarias para adquirir la condición de acreditado, ambas fases centradas en un enfoque de procesos

**2. JUSTIFICACION**

Se hace necesaria la implementación de la Auto Evaluación en el HMA, por ser un proceso de carácter obligatorio y un paso precedente para el proceso de Acreditación para nuestro hospital se ha iniciado dicho proceso con la conformación del Comité de Auto evaluación y Acreditación con RD N° 505-2008-HMA-DG y posteriormente con RD N° 651-2008-HMA-DG, así como también es necesario implementar mediante este proceso un mecanismo de garantía de la Calidad de los Servicios de Salud que se debe brindar a los usuarios del HMA.

**3. FINALIDAD**

Se busca contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que el Hospital María Auxiliadora cuente según su nivel de complejidad con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.



L. PARRA G.



#### 4. ALCANCE

Todos los departamentos, servicios y oficinas del Hospital María Auxiliadora

#### 5. BASE LEGAL

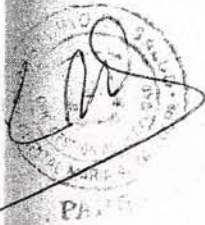
- Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Ley N° 27657 – Ley de Ministerio de Salud
- Ley N° 27783 - Ley de Bases de Descentralización
- Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley N° 27813 – Ley de Sistema Nacional Coordinado y Descentralización de Salud
- Ley N° 26790 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales
- Ley N° 27972 – Ley Orgánica de Municipalidades
- D.S. N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- D.S. N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- Resolución Presidencial N° 026-CND-P-2005, que aprueba el “Plan de Transferencia Sectorial del quinquenio 2005 – 2009
- RM N° 51-206/MINSA aprueba el documento técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud
- RM N° 456-2007/MINSA, Aprueban Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- R.D. N° 512-2007-HMA-DG
- R.D. N° 505-2008-HMA-DG
- R.D. N° 651-2008-HMA-DG
- RM N° 230-2009/MINSA, “Guía del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, 23 de abril 2009.
- RD N° 073-2011-HMA-DG, 04 de Marzo del 2,011 Equipo de Acreditadores del HMA.
- RD N° 075-2011-HMA-DG, 07 de Marzo del 2,011 Evaluadores Internos para el Desarrollo de la Autoevaluación para la Acreditación.

#### 6. Metodología de Evaluación

1. Difusión del listado de Estándares de Acreditación a ser empleados en la Evaluación por el equipo de Acreditación.
2. Revisión de las referencias normativas sectoriales e institucionales
3. Reunión de Apertura presentación a Alta Dirección y Jefaturas
4. Visita de las instalaciones por el equipo evaluador
5. Despliegue de las Técnicas de Evaluación (Observación, Verificación, Encuestas, Entrevista, Muestreo, Auditoría)
6. Reunión de cierre

#### 7. Recopilación de Documentación e Información

- Es conveniente contar con material de consulta, con los documentos y disposiciones legales normativas y reglamentarias bajo los cuales ofrece sus servicio el HMA.





- Igualmente se debe obtener la mayor información general del HMA sobre la situación y estado actual de sus recursos (materiales y humanos)

#### 8. Coordinación y Definición del Plan de Trabajo

- La coordinación final del Plan de Evaluación será conjuntamente entre el Equipo de Evaluadores y el personal que participara en el proceso
- Se definirá fechas, plazos y periodo que asistirán en representación de cada una de las unidades a evaluar
- Se indicara y acordara los documentos e información adicional que debe presentarse o proporcionarse en el acto de verificación.

#### 9. Criterios de Evaluación

- La selección se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados
- La evaluación tendrá en cuenta : existencia, condiciones, características, estado y otros aspectos del estándar
- El acto de evaluación se hará con la presencia y participación del personal asignado (Responsable) por las distintas unidades, departamentos, servicios y/o oficinas del HMA.

#### 10. Elaboración de Informe Técnico de la Evaluación

1. Procesamiento de datos
2. Análisis de resultados
3. Elaboración del Informe preliminar
4. Entrega de Informe Técnico Final a la Dirección General
5. Presentación de resultados ante autoridades y personal institucional



L. PARRA G.

### II. Cronograma de Auto Evaluación

ACTIVIDAD	MES						
	Marzo	Abril	Mayo	Setiembre	Octubre	Diciembre	
Elaboración del Plan de Auto Evaluación y RD	X 4						
Capacitación del equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación	X 1 0 1 1						
Ejecución del Plan de la Autoevaluación				X 1 2 a 1 1 6			
Procesamiento y análisis de resultados por macroprocesos				X 1 9 a 1 2 3			
Elaboración del informe preliminar				X 2 6 a 1 3 0			
Presentación del Informe a la Dirección General					X 3 a 1 7		
Difusión del Resultado de la Autoevaluación					X 2 6 a 1 3 0		
Asistencia Técnica en los procesos observados de la Autoevaluación 2.010		X		X	X		X
Solicitud de Acreditación Externa							X X X





12. Equipo de RESPONSABLES de acuerdo a Macroproceso.

Nº	MACROPROCESO	Responsable
1	Direccionamiento	Abog. Raquel Morales de la Cruz
2	Gestión de Recursos Humanos	Lic. Julia Peralta Silvlera
3	Gestión de la Calidad	Dr. José Arias Robles
4	Manejo de Riesgos de la Atención	Sr. Omar Colonio Roque
5	Gestión de Seguridad ante Desastre	Dr. Clemente Alva
6	Control de la Gestión y Prestación	TAP Hernan Barrera
7	Atención Ambulatoria	Tec. Enf Betty Campos
8	Atención Extramural	<b>NO APLICA</b>
9	Atención Hospitalización	Pediatría Dr. Enriquez Herencia Medicina Dra. Lucia Ly Oncología Dra. Reina Bustamante Cirugía Dr. Pedro Polo Valcazar Gineco-Obst. Dr. Kvin Espinoza
10	Atención de Emergencia	Dr. Clemente Alva
11	Atención Quirúrgica	Dr. Quintanilla
12	Docencia e Investigación	Dr. Luis Barrera Languasco
13	Atención de Apoyo Diagnostico y Tratamiento	Dr. Raul Molina
14	Admisión y Alta	Lic. Nancy Huaman
15	Referencia y Contrarreferencia	Dr. Victor Mateo Montalvo
16	Gestión de Medicamentos	Dra. Betty Fonseca
17	Gestión de la Información	Bach. Doris Palacios
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Adelaida Huamán
19	Manejo de Riesgo Social	Lic. María Aurazo de Palma
20	Nutrición y Dietética	Lic. Miriam Alvia
21	Gestión de Insumos y Materiales	Sr. Humberto Guillen
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	TAP Ada Patiño Tobar



PARRA G.