



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 11 FEB 2020

VISTO: El Expediente N° 01964-2020, con la Nota Informativa N° 017-OGC-HNSEB-2020, de la Oficina de Gestión de Calidad, el Informe N° 007-2020-EP/OEPE-HSEB y la Nota Informativa N° 022-2020-OEPE-HSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, sobre aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN - 2020" en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, dispone que la protección de la Salud es de interés público, por tanto es de responsabilidad del Estado regularla y promoverla;

Que, mediante la R.M. N°519-2006-MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad" cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante la R.M. N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V-02- "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", con la finalidad de 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, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, el Equipo de Evaluadores acreditados, realizó la autoevaluación el 2019, habiendo alcanzado un resultado final global de 66% de calificación, porcentaje menor al cumplimiento de los Macro Procesos evaluados; siendo necesario continuar y reiniciar el proceso de Autoevaluación para acreditación del Hospital; y esperando se hayan subsanado las observaciones, la Oficina de Gestión de la Calidad ha propuesto la fecha: del 12 al 28 de octubre, a horas 08.00 am a 13.00 pm para el inicio y culminación del proceso;

Que, mediante la Nota Informativa N° 022-2020-OEPE-HSEB de fecha 10.FEB.2020, la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, comunica que el Equipo de Trabajo de Planeamiento, ha emitido el Informe N° 007-2020-EP/OEPE-HSEB, donde concluye que las actividades programadas de Gestión de la Calidad están comprendidas en el Plan anual del HSEB 2020, con RD N° 342-2019-SA-DG-HNSEB y cuenta con opinión técnica favorable y recomienda la aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN - 2020", del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, resultando conveniente dictar el acto resolutivo;



Que, en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales" aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA.DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007- MINSA y R.M. N° 124-2008; y contando con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN - 2020" del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, que en documento anexo forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Oficina de Gestión de la Calidad, en estrecha coordinación con el Equipo de Evaluadores y sus competencias; se encarguen de que el referido Plan se ejecute en su integridad y se logren los índices de mejora de la calidad en los procesos asistenciales y administrativos.

Artículo 3°.- Dejar sin efecto cualquier acto resolutivo o acto administrativo precedente que se oponga a la presente resolución.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina de comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales".

Regístrese y comuníquese.

JASR/ELCO/MVRR/JLZB/

DISTRIBUCIÓN:

- DG
- OEA
- OEPE
- OAJ
- OGC
- Equipo de Acreditación
- Archivo

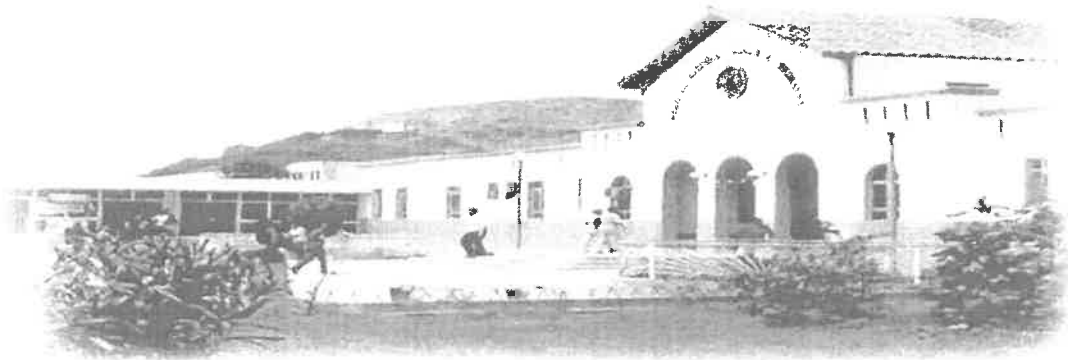
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
Mag. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 19373



Ministerio
de Salud

Hospital Sergio E.
Bernales

Oficina de Gestión
de la Calidad



**PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DEL
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES.
OFICINA DE GESTION DE CALIDAD**

2020

LIMA - PERÚ

Oficina de Gestión de la Calidad del HNSEB



Dr. Julio Silva Ramos

DIRECTOR GENERAL DEL HNSEB

Dr. Juan Nina Cáceres

SUB DIRECTOR GENERAL

Dra. Fanny Valdiviezo Campos

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

Bach. Enf. Verónica J. Carbajal Gómez

Secretaria

Sra. Marisol Melgar Galiano



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD 2020

INDICE

INTRODUCCION

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVOS
- III. BASE LEGAL
- IV. ALCANCE
- V. DISPOSICIONES GENERALES
- VI. CONTENIDO
- VII. RESPONSABILIDADES
- VIII. METODOLOGÍA
- IX. FINANCIAMIENTO
- X. INDICADORES.
- XI. EVALUADORES
- XII. ANEXOS



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

INTRODUCCIÓN

Entre los Lineamientos de Política Sectorial, se promueve que es un derecho como condición indispensable del desarrollo humano acceder a un servicio de salud de calidad 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.

En ese contexto, mejorar la calidad de un servicio no es una acción del momento, es un proceso permanente, requiere del compromiso total de los agentes que intervienen, siendo esta sostenible en el tiempo, en ese sentido el presente Plan de Evaluación Interna en el Marco de la Acreditación de los Establecimientos de Salud, intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por un equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios, quienes tendrán la responsabilidad de contrastar, analizar, valorar y recomendar sobre los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos para sugerir proyectos de mejora continua de la calidad de servicios.

Las actividades previstas en el Plan de Evaluación Interna, han sido programadas con el propósito, en primer término de conocer y registrar aspectos que debilitan la oferta de servicios y en segundo término fortalecer los procesos actuales.

Finalmente, los aspectos registrados y valorados serán informados a la máxima autoridad institucional y socializados con los miembros de los evaluadores internos para promover la toma de decisiones más adecuados.

El proceso de la Autoevaluación se encuentra incorporado en el Plan de trabajo Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2020 y contenido en el Plan Operativo Institucional aprobado con RD N° 342-2019- DG-SA- HSEB.



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

I. FINALIDAD

Contribuir y garantizar que el Hospital Sergio E. Bernales, brinde prestaciones de salud de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares ya definidos.

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación correspondientes a la categoría III – 1.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir a generar una cultura de calidad en los diferentes órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales.
- Conocer el nivel de cumplimiento de los estándares correspondientes a los 22 macroprocesos por parte del Hospital Sergio E. Bernales.
- Determinar las áreas susceptibles de mejora o los nudos críticos para ejecutar
- proyectos de mejora que permitan mejorar la calidad de nuestra atención.
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de la
- Autoevaluación en el marco de la Acreditación de Establecimientos de Salud..

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27444, Ley general de Procedimientos administrativos
4. Decreto Legislativo N° 1158- 2013, capítulo II, que aprueba las Funciones Generales de la Superintendencia Nacional de Salud.
5. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

6. Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSA que aprueba la Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de apoyo.
7. R.M. N° 914 -2010 / MINSA aprobó la NTS N° 021 –MINSA/ DGSP v.02 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
8. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
10. R.M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación del Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
11. RM N° 795-2003-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
13. RM N° 1334-2018/MINSA, que aprueba el Plan Operativo Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
14. RD N° 342-2019-DG-SA-HNSEB que aprueba el Plan Operativo Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
15. RD N° 282-2011-DG-HNSEB que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad.

IV. ALCANCE

El alcance del Plan de autoevaluación para la Acreditación abarca a todos los Órganos y Unidades Orgánicas del Hospital Sergio E. Bernales

V. DISPOSICIONES GENERALES

1. El proceso de Acreditación del Hospital Sergio E. Bernales comprende dos fases: la autoevaluación y evaluación externa, realizada por el Equipo de Evaluadores Internos reconocidos con Resolución Directoral y externos respectivamente.



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

2. La autoevaluación deberá alcanzar el resultado final del 85% para solicitar la evaluación externa para la acreditación del Hospital.
3. La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares ya definidos por el Ministerio de Salud y contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación.
4. El Equipo de Acreditación y la Oficina de Gestión de la Calidad son los que comparten responsabilidades para el desarrollo de la acreditación a través de la Autoevaluación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
5. Los Evaluadores Internos aplicaran el Listado de Estándares de Acreditación.
6. El proceso de acreditación debe ser llevado a cabo con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.

VI. CONTENIDO

DEFINICIONES OPERATIVAS:

1. **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.
2. **Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
3. **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

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.

4. **Constancia para la acreditación:** Documento emitido por la Comisión Nacional Sectorial o la Comisión Regional Sectorial de Acreditación de Servicios de Salud, que garantiza que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo cumple con los estándares establecidos según niveles luego de la evaluación externa.
5. **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
6. **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.
7. **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.
8. **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.
9. **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
10. **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.
11. **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

12. **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 la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
13. **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
14. **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 servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

VII. Responsables:

- Dirección general
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Equipo de Acreditación
- Equipo de Evaluadores Internos
- Jefes de Departamentos, Servicios y/o Oficinas



VIII. METODOLOGÍA

8.1 RECURSOS E INSTRUMENTOS

La auto evaluación se realizará a partir de la experiencia del equipo, verificando y adaptando los criterios técnicos a la realidad actual de los servicios de salud.

PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Listado de estándares de acreditación categorías III-1.
- Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

TÉCNICAS

a. Verificación/Revisión de documentos:

Requerir a la unidades orgánicas las facilidades para acceder a su información y analizar los registros e informes, mapa de procesos, etc.

b. Observación:

Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.

c. Entrevista:

Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

d. Muestreo:

Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.

e. Encuesta:

Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.



**PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES - OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD 2020**

FECHA DE EJECUCION

Del 12 al 28 de Octubre 2020

IX. FINANCIAMIENTO:

9.1 Financiamiento:

Presupuesto Recursos Ordinario

9.2 Recursos Materiales:

CANTIDAD	PRODUCTO	PRESUPUESTO
100	Fólderes	25.00
50	Lapiceros	40.00
50	Lápices	50.00
4000	Hojas bond a-4	100.00
30	Tableros de Acrílico	261.00
10	CD's	10.00
500	Fotocopias anilladas	50.00
150	Trípticos	30.00
02	Banner	70.00
50	Micas para fotocek	15.00
50	Faster	6.00
01 Rollo	Cola de Ratón	8.00
200	Vasos, cucharas, bolsas y servilletas descartables	40.00
270	Break para 30 evaluadores Internos en 15 días	810.00
TOTAL		1515.00



**PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES - OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD 2020**

9.3 Equipos:

Equipo de Cómputo, fotocopiadora..

9.4 Recursos Humanos:

25 Evaluadores Internos reconocidos con RD.

X. INDICADORES.

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO*:						
CONCEPTOS	PARAMETROS					
INDICADOR	Proporción de cumplimiento de estándar de autoevaluación					
FORMA DE CÁLCULO	N° total de Criterios evaluado con puntaje máximo de cumplimiento x 100/ Total de Criterios a evaluar con puntaje máximo de cumplimiento					
DATOS HISTÓRICOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	61%	62%	58%	58%	66%	66%

XI. EVALUADORES

11.1. MIEMBROS DEL EQUIPO DE ACREDITACIÓN

Mg. Julio Antonio SILVA RAMOS	Director General del HNSEB	Presidente
MC. Juan Martín NINA CÁCERES	Director Adjunto	Miembro
Dra. Obst. Eida Fanny VALDIVIEZO CAMPOS	Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad	Secretaria



**PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD 2020**

CPC. Maritza Victoria RODRIGUEZ RAMIREZ	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico.	Miembro
MC Jorge Artemio HUAITALLA HUAMÁN	Medico Asistente Dpto. Anestesiología	Miembro
Ing. Ind. Jorge Vidal LEIVA VILCHEZ	Jefe de Servicios Generales	Miembro
Bach. Enf. Verónica Judith CARBAJAL GOMEZ	Oficina de Gestión de la Calidad	Miembro

11.2. AUTOEVALUADORES INTERNOS DEL HNSEB

Evaluadores Internos del Hospital Sergio E. Bernales, con Resolución Directoral por aprobar.

11.3. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Dra. Obs.Fanny Valdiviezo Campos	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad
Verónica Carbajal Gómez	Bach. Enfermera
Marisol Melgar Galiano	Secretaria

XII. ANEXOS



**PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPONSABLE		
		FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE			
1. ELABORACION DEL PLAN DE ACREDITACION HOSPITALARIA																
RD DE Conformación del Comité de Autoevaluación	Resolución Directoral	X														DIRECCION OGC
Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación 2020 en el HSEB	Documento	X							X							OGC-Comité de Acreditación
Capacitación de los Evaluadores Internos del HNSEB sobre Acreditación en los establecimientos de salud según Norma Técnica.	Memorando					X										OGC
Difusión y Socialización del Documento Técnico: En los Dptos. y Servicios Asistenciales y Oficinas.	Memorando								X							OGC, Departamento, Servicios, Oficinas.
2. EJECUCION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION																
Aplicación de la metodología para el proceso de autoevaluación interna en el HNSEB.	Norma Tec. N° 050												X			OGC, Departamentos, Servicios, Oficinas.
Control de calidad de los macroprocesos													X			OGC-Comité de



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES – OFICINA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD 2020

desarrollados del proceso de evaluación interna, ingreso, procesamiento y análisis de datos de la evaluación.																		Acreditación	
3. ANALISIS Y DIFUSION DE LOS RESULTADOS																			
Realizar el informe de los resultados del proceso de evaluación interna en el HNSEB. Dar a conocer los resultados a la Dirección, MINSA, DIRIS y Jefes de los Dpto. Servicios y Oficinas.	Informe												X					OGC-Comité de Acreditación	
																		OGC-Comité de Acreditación	
4. IMPLEMENTAR PROYECTOS DE MEJORA																			
Realizar el Plan de intervención de acuerdo a los resultados del proceso de autoevaluación interna realizado en el HNSEB.	Documento																	X	OGC, Dpto. Serv. Oficinas.
Monitoreo y Evaluación del Plan de Intervención con las acciones de mejora																		X	OGC, Dpto. Serv. Oficinas.

