

Resolución Directoral

Chancay, 08 de julio del 2022

VISTO:

El INFORME No 055-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/UGC, de fecha 07 de julio del 2022; la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS, solicita que se apruebe el Plan para la Acreditación del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" mediante acto resolutivo;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar DE LA Ley No 26842, Ley General de Salud, establece que "La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla", asimismo, el numeral VI señala que: "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, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo No 013-2006-SA, tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA se probó la NTS No 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos 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 cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, asimismo, la citada Norma establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como "Fase inicial obligatoria de evaluación 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 las fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

Que, con Resolución Ministerial No 727-2009/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, y su objetivo el de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial No 519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual 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 mejora de la calidad de atención en los servicios de salud; asimismo, señala que la acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, y a finalidad de garantizar a los usuarios, que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y la capacidad para optimizar la calidad de atención, mitigando las fallas atribuibles a los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial No 826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de salud que tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas programadas en el Hospital de Chancay y SBS; resulta pertinente aprobar el Plan para la Acreditación del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López". Conforme a la normativa vigente;

Estado a lo expuesto, y con el visto Bueno la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, Dirección Administrativa y Asesoría Jurídica del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López":

Con las facultades conferidas en los Artículos 7° y 8° del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital de Chancay y SBS, aprobado por la Ordenanza Regional N°008-2014 CR-RL, y Resolución Directoral N°074 y 1173-2019-DG/OAJ-DIRESA-LIMA.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. – **APROBAR** a partir de la fecha de expedición de la presente resolución el "Plan para la Acreditación del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

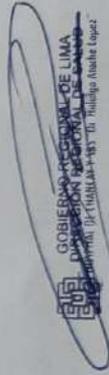
ARTÍCULO 2°. – **ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López, la ejecución y seguimiento para el Plan para la Acreditación del Hospital de Chancay y Servicios Básicos de Salud "Dr. Hidalgo Atoche López".

ARTÍCULO 3°. – **DISPONER** que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión en el Portal de Transparencia del Petitorio y su respectiva Resolución.

ARTÍCULO 4°. – **DEJAR SIN EFECTO**, cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Resolución.

Regístrese y Comuníquese;

Transmitir a:
() Dirección Ejecutiva
() Dirección Administrativa
() Unidad de Gestión de la Calidad
() Asesoría Legal
() Archivo.


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y ASesorÍA JURÍDICA
Dr. Hidalgo Atoche López

DR. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
CAMP 36446





“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Reg. Documento: 03696810

Reg. Expediente: 02326089

INFORME N° 055 -GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/UGC

A : Dr. **CARLOS PAU DULANTO**
Director Ejecutivo del Hospital de Chancay

DE : Lic. **LUZ CARMEN RAMIREZ RUIZ**
Encargada de la Unidad de Gestión de la Calidad

ASUNTO : **PLAN PARA LA ACREDITACION 2022**

FECHA : Chancay, 04 de Julio del 2022



Por medio del presente me dirijo a usted, para comunicarle que con la finalidad de alcanzar los objetivos y metas a nivel institucional, se le hacer llegar en cumplimiento de normativa vigente el **Plan para la Acreditación del HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ"** para su revisión y/o aprobación.

En tal sentido, solicito a su Despacho que a través de la Oficina de Asesoría Jurídica se elabore la Resolución Directoral correspondiente a efectos iniciar las actividades del proceso de acreditación.

Atentamente,

HOSPITAL DE CHANCAY

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS

Mg. Luz Carmen Ramirez Ruiz
CEP 20218 - RNE 6764
Jefa de la Unidad de Gestión de Calidad

PLAN PARA LA ACREDITACIÓN



**HOSPITAL DE CHANCAY
2022**

Contenido

| | | |
|-------|---|---|
| I. | INTRODUCCION | 3 |
| II. | OBJETIVO GENERAL..... | 3 |
| III. | OBJETIVOS ESPECIFICOS | 3 |
| IV. | AMBITO DE APLICACIÓN ó ALCANCE..... | 3 |
| V. | BASE LEGAL..... | 4 |
| VI. | ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y TAREAS | 4 |
| VII. | CRONOGRAMA DE EJECUCION | 6 |
| VIII. | RECURSOS NECESARIOS | 7 |

II. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Actualización del Manual de Calidad y el Plan de Mejora Continua (PMCC) del Hospital de Especialidades de Neurológica, dando cumplimiento de normas y estándares de calidad, al nivel de cumplimiento e identificar los procesos de mejora bajo el signo de la Actualización.

A. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Planificar y organizar el proceso de actualización con la Dirección General y los recursos humanos.
2. Garantizar a los subgerentes designados en departamentos involucrados, la revisión y actualización de los estándares de calidad.

I. INTRODUCCION

La Acreditación es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares, orientado a promover el mejoramiento continuo de la calidad de atención.

El Ministerio de Salud mediante la RM N° 456-2007/MINSA, se aprueba la NTS N° 050- MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos Salud y Servicios de Apoyo", la cual tiene como finalidad garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

Con la finalidad de estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación se aprueba, mediante RM -270-2009 MINS A, la "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de Apoyo" como guía de referencia nacional.

Para el presente año, la coyuntura de pandemia no ha cesado; por lo cual, para realizar este proceso, se requerirá el uso de las tecnologías digitales para el registro de la información, así como la constatación virtual de las fuentes a revisar. También es menester mencionar que las UPSS han debido reordenar y reorganizar sus ambientes priorizando la atención de los pacientes afectados por el SARS COVID-19.

II. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluación del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López", utilizando el Listado de Estándares de Acreditación, como mecanismo de revisión y medición para determinar el nivel de cumplimiento e identificar los procesos de mejora para el logro de la Acreditación.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Planificar y organizar el proceso de Autoevaluación con la Dirección Ejecutiva y las Jefaturas pertinentes.
- b) Capacitar a los autoevaluadores designados en herramientas metodológicas para la revisión y aplicación de los estándares de acreditación.
- c) Recopilar y consolidar la información recopilada en la autoevaluación para emitir los documentos a las instancias pertinentes.



- d) Promover una cultura de mejora continua en el personal del Hospital de Chancaya través de la autoevaluación.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN O ALCANCE

Las actividades establecidas en el presente Plan son de aplicación en todos los Departamentos, Servicios y Unidades del Hospital de Chancay.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- Resolución Presidencial N° 026-CLID. P.2005, que aprueba el "Plan de Transferencia sectorial del quinquenio 2005-2009"
- RM N° 1263-2004-MINSA, que aprueba la directiva N 047-2004-DGSP/MINSA-01 "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud"
- R M N°519-2006-M INSA, aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- RM N° 456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos Salud y Servicios de Apoyo"
- RM N° 270-2009 MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° S20 — 2010/MINSA, norma de fortalecimiento de la atención en los establecimientos de 1er nivel.
- RM N° 572-2011/MINSA, Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del 1, II y III Nivel de Atención.
- RM N° 850-2016/MINSA, aprueban las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

VI. ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y TAREA

| Objetivo | Actividad | Descripción |
|---|--|--|
| Planificar y organizar el Proceso de Autoevaluación con la Dirección Ejecutiva y las Jefaturas pertinentes. | Programación de la Autoevaluación en el Plan Operativo Institucional | Esta actividad ha sido programada en el POI 2022. |
| | Conformación del Equipo de Acreditación | Designado mediante RD N° 138 2022-DIRESA-L-H-CH-SBS-DE |
| | Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación | Este plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad institucional, en el que se consigna simultáneamente a los responsables de servicio/área/departamento del Hospital de Chancay que interactuarán con los Evaluadores. |
| | Comunicación del Inicio de la Autoevaluación | Lista acción es obligatoria y comunicada en forma oficial por Conducto regular a través de las instancias orgánicas responsables de Gestión de la Calidad, a la Dirección Ejecutiva del Hospital de Chancay y Dirección Regional de Salud – DIRESA LIMA. |

| Objetivo | Actividad | Descripción |
|---|---|---|
| Capacitar a los autoevaluadores designados en herramientas metodológicas para la revisión y aplicación de los estándares de acreditación. | Selección de los evaluadores internos | Conformado mediante RD N° 138-2022- DIRESA-L-H-CH-SBS-DE. La designación de estos evaluadores responderá a experiencias previas y al conocimiento de las técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación. |
| | Reunión de coordinación | Para elaboración del plan y asignación de estándares. |
| | Sesión de Capacitación | Se capacitará en metodología virtual para el registro de información de los diferentes formatos usado para la autoevaluación. |
| | Sesión de capacitación sobre Acreditación y listado de estándares | Se fortalecen los conocimientos sobre las normativas que rigen el proceso de acreditación del sector. |

| Objetivo | Actividad | Descripción |
|--|---|---|
| Recopilar y consolidar la información recopilada en la autoevaluación para emitir los documentos a las instancias pertinentes. | Recopilación de información basado en estándares de acreditación. | Basados en la aplicación de los estándares de calidad, se realizará el registro de información en los formatos diseñados para tal fin. |
| | Revisión y tabulación de la información | Los responsables de cada macroproceso revisarán la consistencia de la información con la responsable de la Autoevaluación. |
| | Elaboración de informe final | Se elaborará el informe final y revisará con el equipo de autoevaluadores. Posteriormente se enviará a la máxima autoridad de la Institución. |

| Objetivo | Actividad | Descripción |
|--|---|---|
| Promover una cultura de mejora continua en el personal del Hospital de Chancay a través de la autoevaluación | Informar a departamentos/servicios/unidades | Se remitirá informes de los resultados de la autoevaluación para las acciones de mejora que les corresponda. |
| | Seguimiento de las acciones de mejora | Según los plazos propuestos por los departamentos/servicios/unidades se verificará el cumplimiento de las acciones de mejora. |

VII. CRONOGRAMA DE EJECUCION

| ACTIVIDADES | RESPONSABLE | EJECUCION | | | |
|---|--|-----------|-------|--------|-----------|
| | | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SETIEMBRE |
| Coordinaciones con jefaturas de servicios para designación de autoevaluadores | Coordinador | X | | | |
| Conformación del Equipo de Autoevaluación mediante Resolución Directoral | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Dirección ejecutiva | X | | | |
| Reunión de equipo de autoevaluación | Coordinador | | X | | |
| Fortalecimiento de capacidades en Acreditación y Autoevaluación | Coordinador | | X | X | |
| Elaboración del Plan Autoevaluación 2022 | Equipo de Autoevaluadores | | X | | |
| Presentación del Plan de Autoevaluación a la Dirección Ejecutiva | Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad | | | X | |
| Aprobación del Plan de Autoevaluación y remisión de Resolución Directoral | Dirección Ejecutiva | | | X | |
| Comunicado de Inicio de actividades a DIRESA | Dirección Ejecutiva | | | X | |
| Reunión de trabajo con el equipo de autoevaluación y distribución de estándares de acreditación | Coordinador | | | X | |
| Aplicación de la lista de estándares de Acreditación | Equipo de Autoevaluadores | | | | X X X |
| Procesamiento de datos | Jefe de la Unidad Gestión de Calidad | | | | X |
| Análisis de resultados | Equipo de Autoevaluadores | | | | X |
| Elaboración del Informe Preliminar | Equipo de Autoevaluadores | | | | X |
| Revisión y corrección del informe | Equipo de Autoevaluadores | | | | X |
| Entrega del Informe Técnico | Equipo Autoevaluador | | | | X |

VIII. RECURSOS NECESARIOS

Con respecto al Recurso humano, se anexa lista con los integrantes del Equipo de autoevaluación para el presente año:

| | |
|--|---------------------|
| Dr. CARLOS ALBERTO PAU DULANTO Director Ejecutivo | Presidente |
| Dr. FREDDY ACOSTA VALER Sub Director Ejecutivo | Miembro |
| Mg. LUZ CARMEN RAMIREZ RUIZ Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad | Coordinadora |
| Econ. JUAN CARLOS ROMERO GRADOS Jefe de la Oficina de Administración | Miembro |
| Dr. WILDER FERNANDO OSTOS ESPINOZA Encargado del Departamento de Cirugía | Miembro |
| Dra. MARIA ELENA ESPINOO PEREZ Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia | Miembro |
| Dra. ROSA MARGARITA OGATA MANCHEGO Encargado del Departamento de Medicina | Miembro |
| Dr. FREDDY ACOSTA VALER Encargado del Departamento de C. Externa y Hospitalización | Miembro |
| Dr. LUIS ALVARO FLORES ESPINOZA Encargado del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos | Miembro |
| Dr. CLIMACO MARCO BOGGIANO ARROYO Jefe del Departamento de Anestesiología | Miembro |
| Mg. MAGALLI MONICA PADILLA ROJAS Jefe del Departamento de Enfermería | Miembro |
| Lic. Obs. ARACELY ATOCHE QUINO Jefe del Servicio de Obstetricia | Miembro |
| M(A) LUISA GUERRERO MEDINA Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico | Miembro |
| Lic. CARMEN GLADYS CHAUCA CHAVEZ Encargada del Departamento de Apoyo al Tratamiento | Miembro |
| Dr. REYNALDO ESTELA RAMIREZ Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica | Miembro |

- Con respecto a los materiales

Para desarrollar esta actividad se requerirá lo siguiente:

| Materiales | Cantidad |
|------------------------|--|
| Material de escritorio | 01 millar de papel bond 25 lapiceros 25 lápices 25 tableros 01 paquete de folder manila A4 |
| Cómputo e Informática | 03 Pc para registro de información Conexión a Internet |

- Con respecto al presupuesto

La asignación presupuestal para el desarrollo de esta actividad será cubierta por el hospital a través de la Fuente de Financiamiento de Recursos Ordinarios.

IX. DISPOSICIONES FINALES

Toda acción no contemplada en este plan será coordinada y revisada por el Equipo de Gestión de la Calidad y los autoevaluadores.