

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2022

HOSPITAL JOSE HERNAN SOTO CADENILLAS CHOTA

2022



Índice

- I. **Introducción**
- II. **Justificación**
- III. **Objetivos**
- IV. **Alcance**
- V. **Base Legal**
- VI. **Metodología de evaluación**
- VII. **Responsabilidades**
- VIII. **Equipo de evaluación (identificación del evaluador líder)**
- IX. **Anexos**
 - **Anexo N° 01 Cronograma de actividades para la autoevaluación 2022-A**
 - **Anexo N° 02 cronograma de actividades para la autoevaluación 2022-B**



I. INTRODUCCION

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de los países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico-científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La evaluación periódica de los estándares de calidad, tiene el propósito de garantizar la calidad, así como promover acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud.

Los estándares establecidos en el instrumento de evaluación permiten orientar al evaluador, tiene un alcance integral de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y están enfocados a los diversos procesos.

El presente documento constituye el Plan de Evaluación de Estándares de Calidad como primer paso del mejoramiento continuo que nuestra institución ha iniciado y para lo cual se ha conformado un equipo que se encargará de ejecutar este primer paso en pos de obtener el objetivo principal: ubicar al Hospital Jose Soto Cadenillas - Chota entre las IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.



II. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de calidad consiste en realizar una valoración para establecer las fortalezas y debilidades en la gestión, examinar la calidad de los servicios que brinda y buscar las mejoras posibles de realizar, en función de estándares previamente establecidos.

Los elementos centrales de la evaluación de estándares de calidad son:

- La evaluación es un proceso de aprendizaje permanente.
- La evaluación como modelo, estrategia y herramienta, se constituye en actitud permanente de respeto e interacción entre los involucrados en el proceso evaluativo. Evaluadores y evaluados se capacitan durante todo el tiempo en un proceso continuo.
- A partir de la evaluación de estándares de calidad se propone también un cambio en quienes son evaluados, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos, dejando de percibirse como individuos evaluados para constituirse en sujetos comprometidos en un proceso de "empoderamiento", capaces de construir su propia evaluación con autodeterminación en la dirección constante de su perfeccionamiento.

El Hospital Jose Soto Cadenillas - Chota, requiere garantizar a toda la población de usuarios la calidad de atención de los servicios que brinda.

Contribuir a garantizar que el Hospital Jose Soto Cadenillas - Chota Cuento con la capacidad para brindar atenciones de salud que cumplan con estándares de calidad.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Obtener evidencia relevante respecto al desempeño del Hospital Jose Soto Cadenillas - Chota, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incorporar a la gestión del Hospital Jose Soto Cadenillas - Chota la evaluación y el análisis correspondiente, como herramienta para incrementar la calidad del servicio que brinda.
- Implementar un Plan de Mejoramiento, dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.



IV. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- DL N° 1161 "Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 013-2006 - SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial. N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 703-2006/MINSA del 26 de Julio de 2006 se aprobo la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica de Salud para la Acreditacion de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

VI. CONTENIDO

METODOLOGIA DE EVALUACION

El equipo de evaluadores internos del HJSC utilizara diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de verificación y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares

- 1.- **Verificación / revisión de documentos:** una de las fuentes a las que se puede recurrir para tener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- 2.- **Observación:** permite seguir la manera como se desarrollan los procesos en la práctica, se observa a las personas, así también se trata de observar el entorno.
- 3.- **Entrevista:** permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- 4.- **Muestras:** técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- 5.- **Encuestas:** permite recoger información básica y opiniones básicas y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- 6.- **Auditorias:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos

Plan de Autoevaluación 2022

Hospital José Hernán Soto Cadenillas-Chota

| Nº | MACROPROCESO |
|----|---|
| 1 | DIRECCIONAMIENTO |
| 2 | GESTION DE RECURSOS |
| 3 | GESTION DE LA CALIDAD |
| 4 | MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION |
| 5 | GESTION DE LA SEGURIDAD ANTE DESATRES |
| 6 | CONTROL DE LA GESTION Y PRESTACION |
| 7 | ATENCION AMBULATORIA |
| 8 | ATENCION EXTRAMURAL |
| 9 | ATENCION DE HOSPITALIZACIONES |
| 10 | ATENCIONES DE EMERGENCIAS |
| 11 | ATENCION QUIRURGICAS |
| 12 | DOCENCIA E INVESTIGACION |
| 13 | ATENCION DE APOYO DX Y TERAPEUTICA |
| 14 | ADMISION Y ALTA |
| 15 | REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA |
| 16 | GESTION DE MEDICAMENTOS |
| 17 | GESTION LA INFORMACION |
| 18 | DESCONTAMINACION, DESINFECCION Y ESTERILIZACION |
| 19 | MANEJO DEL RIESGO SOCIAL |
| 20 | NUTRICION Y DIETETICA |
| 21 | GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES |
| 22 | GESTION DE EQUIPOS DE INFRAESTRUCTURA |



VII. RESPONSABILIDADES

El personal que labora en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, es responsable del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

VIII. EQUIPO DE EVALUADORES

Dra. Anahí Huamán Ochoa (Evaluador Lider)

Lic. Belizario Guevara Muñoz

Obst. Saida Campos Gonzales

Obst. Janet Añasco Cruzado

Dra. Aneida Muñoz Tarrillo

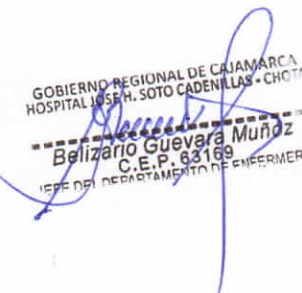
Adm. Carlos Alonso Ríos Sánchez

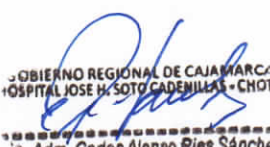
Dr. José Manuel Antón Rojas

IX. ANEXOS

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS

Obsta. Saida F. Campos Gonzales
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS - CHOTA

Belizario Guevara Muñoz
C.E.P. 62169
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS - CHOTA

Lic. Adm. Carlos Alonso Rios Sanchez
ADMINISTRADOR


CD Anahí Huamán Ochoa
ODONTOPEDIATRA
COP. 26233

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EVALUACION A Y B

| ACTIVIDADES | RESPONSABLE | OCTUBRE | | | | | | | NOVIEMBRE | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---------|----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--|
| | | 17 | 18 | 19 | 20 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 14 | 15 | 16 | 17 | |
| Reuniones del equipo evaluador para la elaboración del plan y designación del evaluador líder | OBST. SAIDA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Designación de responsables por cada macroproceso | DRA. ANAHI | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del plan a la dirección | OBST. SAIDA | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación | LIC. BELIZARIO | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del plan a jefes de servicio, personal | OBST. JANET | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MACROPROCESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Direccionamiento | OBST. SAIDA, LIC. BELIZARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de los recursos humanos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manejo del riesgo de atención | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emergencia y desastres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Control de gestión y prestación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención ambulatoria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención extramural | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención de hospitalización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención de emergencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Docencia e investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención quirúrgica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apoyo al diagnóstico y tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Admisión y alta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referencia y contrarreferencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esterilización, limpieza y lavandería | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manejo del riesgo social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nutrición y dietética | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de insumos y materiales | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestión de equipos e infraestructura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de informe preliminar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión y corrección del Informe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega del informe técnico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION -B

| RESPONSABLE POR SUB EQUIPO | MACROPROCESO | EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS | OCTUBRE | | | | | | RESPONSABLE (S) EVALUADO /S |
|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|-----------|------------|-----------|-----------------------------|
| | | | LUNES 24 | MARTES 25 | MIERCOLES 26 | JUEVES 27 | VIERNES 28 | SABADO 29 | |
| 1 Obst. Saida, Lic. Belizario | Direccionamiento | Obst. Saida, Lic. Belizario | MAÑANA | | | | MAÑANA | | DRA. ROXANA |
| | Gestión de recursos humanos | Obst. Saida, Lic. Belizario | | TARDE | | | | | SR. RUBEN |
| | Gestión de la calidad | Obst. Saida, Lic. Belizario | | | TARDE | | | | OBST. SAIDA |
| 2 | Manejo del riesgo de atención | Obst. Saida, Lic. Belizario | | | | MAÑANA | | MAÑANA | LIC. NOE |
| | Emergencia y desastres | Obst. Janet | MAÑANA | | | | | | LIC. ANA |
| | Control de la gestión y prestación | Obst. Janet | | MAÑANA | | | | | SR. EDWIN |
| Obst. Janet | Atención ambulatoria | Obst. Janet | | | TARDE | | | | DR. JULIO |
| | Atención de hospitalización | Obst. Janet | | | | TARDE | | MAÑANA | DR. LLAMO |
| | Atención de emergencias | Dra. Anahi, Lic. Belizario | TARDE | MAÑANA | | | MAÑANA | | DR. ANTON |
| 4 Dra. Anahi, Lic. Belizario | Atención quirúrgica | Dra. Anahi, Lic. Belizario | | | MAÑANA | | | TARDE | LIC. NELY |
| | Apoyo al diagnóstico y tratamiento | Dra. Anahi, Lic. Belizario | | | | TARDE | | | DR. GUSTAVO |
| | Admisión y alta | Dr. Anton | MAÑANA | | | | | | SRA. GIOVANA |
| 4 Dr. Anton | Referencia y contrarreferencia | Dr. Anton | | MAÑANA | | | | | DRA. ANEIDA |
| | Gestión de medicamentos | Dr. Anton | | TARDE | | | | | DRA. HAYDE |
| | Gestión de la información | Dr. Anton | | | | MAÑANA | | MAÑANA | SRA. GIOVANA |
| 5 Dra. Aneida, Adm. Carlos | Esterilización, lavandería y limpieza | Dra. Aneida, Adm. Carlos | MAÑANA | | | | | | TEC. ENF. ORLANDO |
| | Manejo del riesgo social | Dra. Aneida, Adm. Carlos | | TARDE | | | | | SRTA. MARINA |
| | Manejo de nutrición de paciente | Dra. Aneida, Adm. Carlos | | | MAÑANA | | | | LIC. INGRID |
| Dra. Aneida, Adm. Carlos | Gestión de insumos y materiales | Dra. Aneida, Adm. Carlos | | | | TARDE | | TARDE | SRA. HILDA |
| | Gestión de equipos e infraestructuras | Dra. Aneida, Adm. Carlos | | | | | | MAÑANA | SR. MARCO |



[Handwritten signature]