

RESOLUCION DIRECTORAL N° 326 -2023-GR.CAJ-DRSC-RED-V-CJBA-P/E-D

Cajabamba, 06 de junio del 2023

VISTO:

El expediente N° 2149 -2023- GR-CAJ/DRS-RED-V-CJBA-D, que autoriza emitir acto resolutivo con la finalidad de aprobar "EL PLAN DE EVALUACION DE ESTANDARES DE CALIDAD - 2023" del Hospital de Apoyo Cajabamba la Red de Salud Cajabamba.

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; y 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, según Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" que tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, según Resolución Ministerial N° 669-2005-MINSA, se aprueba la N.T N° 035-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Supervisión Integral", que tiene como objetivos: Establecer el marco conceptual, metodología e instrumentos del proceso de supervisión Integral del Nivel Nacional al Nivel Regional y a nivel de los establecimientos prestadores de carácter nacional, en el marco del proceso de descentralización; y proporcionar el marco conceptual y metodología de la Supervisión Integral al nivel del Gobierno Regional y Local a fin de contribuir al diseño de instrumentos de supervisión para el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de prestación, gestión, organización y desarrollo de los servicios de salud, en el marco del modelo de atención, con la finalidad de asegurar el logro de resultados y el cumplimiento de los objetivos sanitarios;

Que, el "Plan de Evaluación de Indicadores de Calidad – 2023" del Hospital de Apoyo Cajabamba, tiene como finalidad normar las actividades a desarrollarse en el Hospital de Apoyo Cajabamba, para mejorar continuamente la calidad en las atenciones de salud y que cumplan con estándares de calidad, que permita la satisfacción del usuario interno y externo.

Que mediante Oficio N° 034-2023-GR-CAJ/DRSC-RED-V-CJBA-HNSR/GESTION DE LA CALIDAD, la Coordinadora de Gestión de la Calidad solicita aprobación del Plan de Evaluación de Estándares de la Calidad y mediante Oficio N° 001-2023-GR.CAJ.DRS.CAJ/RED-S-S-CJBA/OPP el director del Hospital de Apoyo Cajabamba emite opinión favorable sobre el Plan antes citado, por tanto, resulta pertinente aprobar el presente plan en favor de la consecución de los objetivos institucionales;

Con las visaciones del director de la RED de Servicios de Salud Cajabamba y Oficina de Planeamiento Estratégico, de conformidad con las normas contenidas y en uso de las atribuciones conferidas mediante Ley N° 27783 Ley de Bases de Descentralización y la Ordenanza Regional N° 001-2015-GR-CAJ-CR; que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Región de Salud Cajamarca.

RESOLUCION DIRECTORAL Nº 326 -2023-GR.CAJ-DRSC-RED-V-CJBA-P/E-D

Cajabamba, 06 de Junio del 2023

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR, el "PLAN DE EVALUACION DE ESTANDARES DE CALIDAD - 2023" del Hospital de Apoyo Cajabamba de la Red de Salud Cajabamba, el mismo que como anexo forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2º.- NOTIFICAR, la presente Resolución a las instancias que corresponda, de acuerdo a las formalidades contempladas por ley.

Artículo 3º.- DEJESE, sin efecto toda disposición que se oponga a la presente Resolución.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
Dirección Regional de Salud Cajamarca

[Signature]
L.c. Psh/ Luis Ortiz Curnanza
C. P. P. 18041
DIRECTOR RED DE SALUD CAJABAMBA



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



OFICIO N°034-2023-GR-CAJ/DRSC-RED-CJBA-HNSR/GESTION DE LA CALIDAD

A : DR. NEIL ANDREE CABELLOS CALDERON
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL "NUESTRA SEÑORA
DEL ROSARIO" - CAJABAMBA
MESA DE PARTES
24 MAYO 2023

DE : LIC. ENF. ANA MARÍA VÁSQUEZ FERNÁNDEZ
COORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD

N° Folios: 14 N° Registro: _____
Firma: *M. Pez* Hora: 8:40

ASUNTO : SOLICITA APROBACION DE PLAN DE EVALUACION DE ESTANDARES DE LA
CALIDAD

C/ATENCION : PLANEAMIENTO

FECHA : Cajabamba, 24 de mayo del 2023

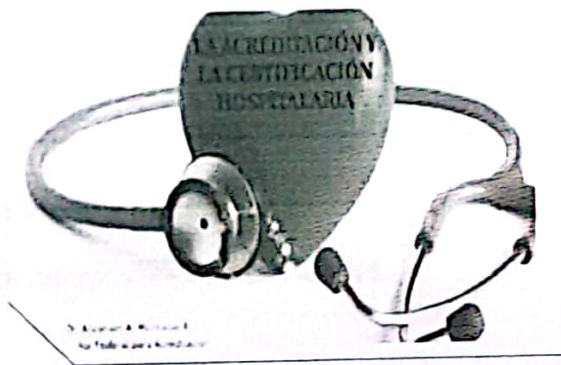
Es grato dirigirme al Despacho de su digno cargo para saludarlo muy cordialmente; y a la vez, solicitar apruebe mediante acto resolutivo el plan de Evaluación de Estándares de la Calidad del Hospital de Apoyo Cajabamba - 2023.

Sin otro particular me despido en espera de la atención que brinde al presente, aprovecho la oportunidad para expresar a usted, los sentimientos de mi especial consideración y estima personal. Adjunto 13 folios.

Atentamente

Ana María Vásquez Fernández
Ana María Vásquez Fernández
LICENCIADA EN ENFERMERIA
CEP. 78329

PLAN DE EVALUACIÓN DE ESTANDARES DE LA CALIDAD - HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA 2023



Responsables:

Coordinadora de gestión de la calidad y equipo auto evaluador interno.

CAJABAMBA, MAYO DEL 2023



INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
FINALIDAD	5
OBJETIVOS	5
BASE LEGAL	6
AMBITO DE APLICACIÓN/ALCANCE	7
CONTENIDO	7
RESPONSABILIDADES	11
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	12



I. INTRODUCCIÓN

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 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 una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS).

EL Hospital de Apoyo Cajabamba, tiene una categoría II-1 y se encuentra ubicado en el Caserío Parubamba, Distrito y Provincia de Cajabamba. Actualmente tiene una capacidad para 34 camas en el servicio de hospitalización, dicho local esta dividido en cinco bloques: En el primer bloque (A) funcionará: Administración, Historias Clínicas, Consulta Externa y Dirección; Segundo bloque: (B) Emergencia, Diagnóstico por Imágenes y Farmacia. Tercer bloque (C) funcionará Laboratorio Clínico, Servicios Generales, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Neonatología y Hospitalización. Cuarto bloque (D) funcionará, cafetería, Medicina Preventiva y TBC. Quinto bloque (E) funcionara, Patología, sub estación, talleres, sala de máquinas y caseta de control. Según el detalle, el nosocomio tiene salas de paritorios con puestos de dilatación, consultas externas, cajas de urgencias y observación, entre otras. Además, hay camas con habitaciones individuales, resaltando el área de maternidad y pediatría. Cabe mencionar que dicho hospital cuenta con una planta de tratamiento de residuos sólidos, equipos médicos de última generación y un sistema de comunicación moderno, así mismo los equipos tecnológicos modernos permiten el acceso al historial electrónico por parte del personal médico, y alberga a todas las especialidades tanto en adultos como en niños, así como al servicio de atención de



urgencias y emergencias. Según el equipo técnico de Pro Región, el edificio está adaptado para recibir luz natural con el fin de mejorar la eficiencia energética.

A pesar de lo antes expuesto se cuenta con debilidades en el proceso de atención y en los estándares esenciales de calidad en su dimensión humana, técnica Científica y de entorno, por lo que es importante definir una línea de base que sirva como referente para identificar los avances institucionales posteriores y permita un nivel deseable y alcanzable del desempeño para el usuario y servidor.

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, el cual se encargará de ejecutar este primer paso en post de obtener el objetivo principal que es ubicar al Hospital de Apoyo Cajabamba entre las IPRESS que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.

II. JUSTIFICACIÓN

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Es importante resaltar que cada uno de los estándares, tanto asistenciales como administrativos, cuentan con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades y propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema de Gestión de la Calidad, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen mecanismos de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la Gestión de Calidad en Salud.

Todo ello permite, Garantizar al usuario que acude al Hospital, el derecho a recibir una atención de calidad en términos de seguridad con los menores riesgos, obtención de los mayores beneficios para su salud y de satisfacción de sus expectativas en torno a la prestación de salud.

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 (Fetterman, 1996).

Una evaluación de calidad debe ofrecer datos verosímiles y útiles que permitan reforzar la rendición de cuentas en materia de desarrollo o enriquecer los procesos de aprendizaje, o ambas cosas a la vez. Los presentes Estándares tienen por objeto mejorar la calidad y, en último término, consolidar la aportación de los procesos de evaluación a la mejora de los resultados.

Los Estándares y Criterios de Evaluación para el Hospital de Apoyo Cajabamba, constituyen un patrón de calidad. El cumplimiento de los requisitos y las condiciones mínimas aceptables, fijan así, un referente de calidad para los usuarios externos e internos. Proceso que incluye la implementación de políticas y mecanismos eficaces de autoevaluación, con tránsito desde el cumplimiento de estándares mínimos hasta el logro de niveles óptimos de acreditación, base para el logro de la Calidad en forma dinámica y que utiliza en forma preferente los principios del mejoramiento continuo, manteniéndose su revisión permanente y mejora periódica.

III. FINALIDAD:

El presente documento norma las actividades a desarrollarse en el Hospital de Apoyo Cajabamba, para mejorar continuamente la calidad en las atenciones de salud y que cumplan con estándares de calidad, que permita la satisfacción del usuario interno y externo.

IV. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL

Obtener evidencia relevante respecto al desempeño del Hospital de Apoyo Cajabamba, con miras al mejoramiento continuo de la calidad, garantizando seguridad en la atención a los usuarios.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los atributos de calidad esperada desde la percepción de los usuarios de los servicios que se brindan en el Hospital de Apoyo Cajabamba.



- Definir un conjunto de estándares que permitan garantizar los niveles de calidad de la estructura, procesos y resultados asistenciales, participación de los usuarios y de gestión del Hospital de Apoyo Cajabamba.
- Incorporar en la gestión del Hospital de Apoyo Cajabamba insumos que sirvan para el desarrollo de autoevaluaciones de la calidad en la prestación de los servicios.
- Implementar un Plan de Mejoramiento, dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño de sus equipos de trabajo.
- Establecer indicadores de calidad para la medición de los estándares de calidad de atención
- Establecer procesos de mejoramiento continuo de la calidad para promover una cultura de calidad de atención en forma permanente.

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 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 386 - 2006, que aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- Resolución Ministerial N° 597-2006 que aprobó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive.
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprobó la Guía de práctica clínica para la Atención del Recién Nacido.
- Resolución Ministerial 827 -2013, que aprobó la Norma Técnica de Salud para la atención Integral de la Salud Materna.
- Resolución Ministerial 828 -2013, que aprobó la Norma Técnica de Salud para la atención Integral de la Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprobó el reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.
- Resolución Ministerial 669-2005/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Supervisión Integral N° 035.
- Resolución Ministerial N° 464-2011-SA/MINSA, que aprobó el documento: "La Salud Integral Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia



y Comunidad" y la RRS N° 302-2017-GR.CAJ/DRS_DESP; directiva que regula los procedimientos del MAIS.BFC

VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN / ALCANCE

El presente Plan es de aplicación obligatoria y necesaria para los prestadores que labora en las diferentes UPSS del Hospital Cajabamba.

El cumplimiento de los estándares que se refieran a servicios de apoyo a la atención, será de responsabilidad de los prestadores del servicio, independientemente de si éstos son contratados o asumidos directamente.

VII. CONTENIDO

7.1 DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **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. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- **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.
- **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del 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 sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- **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.



- **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- **Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o reestablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- **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, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.
- **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.
- **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 gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
- **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.
- **Eventos adversos en salud:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- **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.

- **Informe técnico de la autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa 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, Comisión Nacional, Comisión Regional, DIRESA o Ministerio de Salud según corresponda. Deberá incluir 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 servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.
- **Servicios médicos de apoyo:** Unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con o sin internamiento, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

TÉCNICAS EVALUATIVAS

El equipo de Evaluadores del Hospital de Apoyo Cajabamba utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de calidad:

1. **Verificación documentaria:** Constituye una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes de la IPRESS, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Visita a Unidades:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.

3. Entrevistas: Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.

Los estándares de calidad se hallan divididos en 6 secciones y 25 funciones teniendo un total de 205 estándares de calidad.

Los estándares se basan en normas legales sectoriales, normas internas del Hospital y estándares internacionales de buenas prácticas.

SECCIONES, FUNCIONES Y ESTÁNDARES

SECCIÓN	FUNCIÓN	ESTANDARES
Sección 1: DIRECCIÓN, ESTRATEGIA Y CALIDAD	1.1: Liderazgo y Dirección	6
	1.2: Estrategia	4
	1.3: Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente	10
Sección 2. PROCESO ASISTENCIAL	2.1 Accesibilidad y continuidad de la atención	12
	2.2 Evaluación de los pacientes	15
	2.3 Atención de los pacientes	12
Sección 3. ÁREAS ESPECIFICAS DE ATENCIÓN	3.1 Anestesia y cirugía	24
	3.2 Emergencias	12
	3.4 Centro obstétrico	9
	3.5 Patología clínica (Laboratorio)	8
	3.6 Anatomía Patológica	4
	3.7 Banco de Sangre	7
	3.8 Diagnóstico por imagen	5
Sección 4. ASPECTOS TRANSVERSALES DEL PROCESO ASISTENCIAL	4.1 Atención centrada en la persona	11
	4.2 Gestión de la medicación	13
	4.3 Prevención y control de la infección	7
	4.4 Historia Clínica	11
	4.5 Docencia e Investigación Clínica	1
	5.1 Esterilización, limpieza y lavandería	5



Sección 5. PROCESOS DE SOPORTE	5.2 Gestión de materiales y residuos	5
	5.3 Alimentación (hostelería)	3
	5.4 Seguridad ante emergencias y desastres	8
Sección 6. GESTIÓN DE RECURSOS	6.1 Gestión de los Recursos Humanos	3
	6.2 Gestión de Edificios e Instalaciones.	6
	6.4 Gestión de equipamiento médico	2
	6.5 Gestión de los sistemas de información	2
TOTAL		205

7.2 ESTRATEGIAS

- El Equipo de evaluación interna del Hospital de Apoyo Cajabamba, conocerá el Plan para promover su desarrollo desde los servicios hospitalarios y administrativos.
- Comunicación permanente con servicios hospitalarios y administrativos.
- Análisis de la situación en la que se encuentra el trabajo en los servicios asistenciales y administrativos.
- Reuniones permanentes y periódicas para la socialización de temas de interés tanto para el usuario externo e interno.

7.3 ACTIVIDADES

Las actividades se encuentran consignadas en el Anexo de programación de actividades.

7.4 EVALUACIÓN.

La evaluación, se realizará a través de indicadores, monitoreo de la programación y emisión de informes de análisis, que se realizará de forma trimestral.

VIII. RESPONSABILIDADES

El cumplimiento del presente Plan, queda bajo la responsabilidad del comité de acreditación del Hospital de Apoyo Cajabamba.

IX. PROGRAMACIÓN Y CRONOGRAMA



CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA										
			JUNIO				JULIO						
			15	25	35	45	15	25	35	45			
1	OFICIALIZACIÓN DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA	DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA	X										
2	REUNIÓN DE ELABORACIÓN DEL PLAN, PRESENTACIÓN DE PLAN A DIRECCIÓN	EQUIPO TECNICO		X									
3	APROBACIÓN DE PLAN	DIRECTOR DE IPRESS			X								
4	DESIGNACIÓN DE RESPONSABLES DE BRINDAR INFORMACIÓN POR SECCIÓN	DIRECTOR DE IPRESS			X								
5	REUNIONES DE TRABAJO ENTRE EL EQUIPO DE EVALUACIÓN Y MEJORA Y LOS RESPONSABLES DE BRINDAR INFORMACIÓN POR SECCIÓN	EQUIPO TECNICO – JEFES DE UPSS- DIRECTOR DE IPRESS				X							
6	APLICACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD	EQUIPO TECNICO					X	X					
7	ELABORACIÓN DEL INFORME DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	EQUIPO TECNICO							X				
8	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS A PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA IPRESS	EQUIPO TECNICO											X