



HOSPITAL JESUS NAZARENO
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACION

2022





I. INTRODUCCION. -

El Sistema de Gestión de la calidad en Salud aprobado mediante la R.M N°519- 2006/MINSA, establece la Acreditación, como un proceso y pilar importante del componente de la Garantía y Mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.MN°456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la Autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

El proceso de acreditación es único, con los estándares diferenciados: de aplicación única y específica a nivel nacional y regional; el modelo organizativo es público con funciones compartidas.

El proceso de acreditación tiene como propósito el de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, para lo cual como fase inicial de este proceso se da la auto evaluación, primera fase del ciclo de la acreditación, la formación de un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, que hacen uso del listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento que facilite al hospital superar sus deficiencias a través de un plan de mejoramiento.

En este marco el Hospital Jesús Nazareno, plantea la necesidad de contar con un plan de Auto evaluación 2022 que dirija, los procesos.

II. JUSTIFICACIÓN.

La Autoevaluación es inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de proceso y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad





aceptables.

Dicha Norma está diseñado, en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2022, por ser necesario mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos.

En este contexto, la implementación de la norma es de suma relevancia, para así comprobar el nivel de aplicabilidad en el Hospital Jesús Nazareno y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores.

El proceso de acreditación abarca a todos los niveles de complejidad. Así misma la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud.

En el Hospital Jesús Nazareno, en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de la calidad en los servicios de salud, sin embargo aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permita un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y la capacidad de respuesta como hospital de referencia de la zona costa, como desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basado en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional, que genera un claro incentivo más aún cuando está ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.

El presente documento responde expresamente al proceso de auto evaluación en respuesta a las necesidades tanto institucional como de los usuarios de mejorar la calidad de atención en el Hospital.

III. ALCANCE.

El alcance de la aplicación del Manual de Estándares de Acreditación abarca a todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macro procesos expuestos en dicho manual.





IV. BASE LEGAL.

- 4.1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- 4.2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
- 4.3. D.S. N° 023-2005-SA, que aprueba en el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- 4.4. Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
- 4.5. Ley N° 27867, "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- 4.6. Ley N° 27444, "Ley General de Procedimientos Administrativos"
- 4.7. R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 4.8. R.M. N° 519-2006/MINSA DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 4.9. R.M. N° 703-2006/ MINSA "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N.º 050- MINSA/DGSP-V.01
- 4.10 R. M. N.º 456-2007/ MINSA 5 de junio del 2007. NTS N.º 050- INSA/DGSP-V.02.

V. OBJETIVOS.

General:

Desarrollar el proceso de Acreditación: la Autoevaluación, mediante la aplicación de metodología y criterios establecidos según la norma correspondiente, con la participación del Director y su Equipo de Gestión para el año 2021 en cumplimiento con el POI del Hospital

Específicos:

- a) Priorizar los macro procesos del Listado de estándares nacionales para fortalecer a los órganos a través de la identificación y socialización de los problemas y necesidad que conllevaran a la elaboración de los Planes de Mejora para la acreditación.





- b) Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.
- c) Continuar con la auto evaluación, primera fase y punto de partida para la acreditación
- d) Emitir el informe y las recomendaciones para ser abordados con un proyecto o plan de mejoramiento

VI. METODOLOGIA DE EVALUACION.-

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

El evaluador trabajará en estrecha coordinación con la Dirección del Hospital, Jefaturas de las unidades orgánicas, coordinadores responsables de programas como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora

Se seguirán los siguientes pasos:

- 1- Identificación de macro procesos para cada servicio
- 3- Conformación del equipo, fecha y responsables por cada macro proceso
- 4- Desarrollo de la autoevaluación
- 5.-Redacción, de las debilidades de la organización frente al estándar
- 6.-Definir acciones de mejoramiento para las debilidades
- 7.-Calificación de estándar por consenso del equipo evaluador
- 8.-Elaboración del informe final.

Los procesos que no logren el 85% de cumplimiento, se les brindara apoyo y asesoría para identificar los problemas y necesidades que con llevaran a la elaboración de Proyectos de Mejora, el mismo que será socializado con las recomendaciones brindadas.

Se entregará las observaciones y correcciones a los jefes de los órganos del Hospital, para contribuir a la elaboración de proyectos de Mejora.



**SERVICIOS PRESTADOS EN EL HJN**

N	CONSULTORIO EXTERNO
1	servicio de medicina
2	servicio de pediatría
3	servicio de gineco obstetricia
4	servicio de cirugía
5	servicio de materno
6	consultorio de planificación
7	consultorio de adolescente
8	Consultorio CRED- Inmunización
9	Consultorio preventivo de cáncer – CACU
10	Consultorio odontopediatría
11	Consultorio de odontología
12	Consultorio Odontología del bebe y niño por nacer
13	Consultorio preventivo enfermedades no trasmisibles
14	Consultorio COVID-19
15	Consultorio de psicología
16	consultorio preventivo tuberculosis- TB
17	Triaje COVID

Nº	UPSS HOSPITALIZACIÓN
1	Hospitalización en medicina
2	Hospitalización en pediatría
3	Hospitalización en cirugía
4	Hospitalización en obstetricia
5	Sala de partos

N	UPSS DE EMERGENCIA
1	Emergencia medicina o general
2	Emergencia pediátrica





VII.- CRONOGRAMA DE EVALUACION. -

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2022 DEL
HOSPITAL JESÚS NAZARENO

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	U.M.	META	TRIMESTRE			
				I	II	III	IV
Revisión para la actualización de los equipos	Conformación del equipo con designación de líder	Libro Actas	1		X		
	Aprobación de Equipos de Autoevaluación y Acreditación	R.D.	1	X			
Elaboración y Presentación y Aprobación del Plan	Elaboración, presentación y Aprobación del Plan 2022 a nivel del Hospital	Plan	1		X		
	Aprobación del Plan a nivel de RED- HGA	R.D.	1		X		
	Presentación de cronogramas a los jefes	Circular	1			X	
Proceso de la Ejecución de la Autoevaluación	Revisión, recopilación y estudio de la normatividad a ser aplicada en el proceso	Directiva	1			X	
	Organización de tareas, metas y responsables por macroprocesos	Tabla	1		X		





Desarrollo de la Autoevaluación		Cronograma	1	X
Priorización de macroprocesos	Identificación, apoyo, asesoramiento de los macroprocesos menores del 85%, para realizar plan de mejora	Acción	1	X
	Contribuir a la elaboración de Proyectos de mejora	Circular	1	X
	Entrega de observaciones y recomendaciones a jefes de los órganos del hospital	Circular	1	X
	Elaboración de los informes por el equipo evaluador	Informe	1	X
Concluir con la elaboración del Informe Final y remitirlo a las instancias correspondientes	Procesamiento, consolidación de los resultados y redacción del informe final	Tabla	1	X
	Presentación del informe final a la dirección y niveles correspondientes	Informe	1	X
	Procedimiento de retroalimentación a las jefaturas, coordinadores.	Circular	1	X

ca

**VIII.- EQUIPOS DE ASISTENCIA TECNICA:**

Mediante la resolución directoral N° 239- 2022- GRA/GG-GRDS-DRSA-RSHGA-DE

EQUIPOS DE ACREDITACION.

Nombre y apellido	Responsable	Responsable del equipo
Lic. Enf. Julio, Rondinel García	Director del Hospital Jesús Nazareno	Responsable del Equipo
Tec. Adm. Diomedes, Torre Paitan	Responsable de Oficina de Administración	Secretario del equipo
Lic. Enf. Katia María, Pampa Chillece	Jefe de Servicio de Gestión de la Calidad en Salud	Miembro
Lic. Enf. Ruth Marleny, Moisés Ríos	Jefe de Servicio de Epidemiología	Miembro
Lic. Enf. Clementina, Huaraca Rojas	Jefe de Serv. De Enfermería	Miembro
Q.F. Sandro Alberto, Martínez Alca	Jefe de Servicio de Farmacia	Miembro
Med. Anestesióloga Patricia Liliana, Barahona Mendoza	Jefe de Servicio de Anestesiología	Miembro
Lic. Enf. Denis Zinthia del Pino Verán	Jefe de Servicio de Preventivo - CRED	Miembro
Med. Inter. Daniel Helmer, Atauje Aucapuella	Jefe de Servicio de Emergencia General	Miembro
Med. Gineco obstetra. Elizabeth Gutiérrez Peña	jefe de Serv. de Ginecoobstetricia	Miembro
Obsta Elizabeth Gladys, Tito Arones	Jefe de Servicio de Obstetricia	Miembro





Biog. Gabriel Choque Soto	Jefe de Laboratorio Clínico	Miembro
Cirj. Dent. Ped. John Robert, Tinco Bautista.	Jefe de servicio de Odontología	Miembro
Med. Ped. Emil, Diaz Pino	Jefe de Serv. de Pediatría	Miembro
Med. Cirj. Carlos Eduardo, Rivas Daniel	Jefe de Serv. de Cirugía	Miembro
Med. Cardiólogo. Edward Aurelio, Faijo García	Jefe de Serv. de Medicina	Miembro
T.S. Alejandrina Rayda Ramos Primo	Jefa de Servicio Social.	Miembro

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

NOMBRE Y APELLIDO	Responsables del equipo
Med. Cirj. Flor Rosmeri Pérez Barreto	Evaluador líder
Med. Cirj. Carolina, Arones Pariona	Miembro
Ginecoobstetra. Dra. Elizabeth, Gutiérrez Peña.	Miembro
Med. Cirj. Edison, Astete Farfán	Miembro
Lic. Enf. Julio, Rondinel García	Miembro
Lic. Enf. Enciso Condori, Laura	Miembro
Biog. Mirian, Chacaltana Medina	Miembro
TAP. Wilfredo Luis, Macera Cáceres.	Miembro

