

HOSPITAL LA CALETA

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION HOSPITAL LA CALETA 2021

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL LA CALETA -2021

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, en los Planes Operativos Anuales-POA, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, 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 La Caleta, plantea la necesidad de contar con un plan de Auto evaluación 2021 que dirija, los procesos a seguir para ello previamente se nos ha entregado la norma técnica de acreditación y de su instrumento, el Manual de Estándares de Acreditación, al hospital por parte de la DIRESA, así mismo se ha efectuado durante estos últimos años autoevaluaciones obteniéndose un resultado menor al 80% de los estándares de acreditación.

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 2021, 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 La Caleta 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 mismo la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega de la prestación de la salud.

En el Hospital La Caleta, 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 La Caleta.

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° 050-MINSA/DGSP-V.01
- 4.10 R. M. N° 456-2007/ MINSA 5 de junio del 2007. NTS N° 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 La Caleta.

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 La Caleta.

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 auto-evaluación
- 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 entregara las observaciones y correcciones a los jefes de los órganos del Hospital, para contribuir a la elaboración de proyectos de Mejora.

VII.- CRONOGRAMA DE EVALUACION.-

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2021 DEL HOSPITAL LA CALETA

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	2	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 2021	Plan	1	X			
	Aprobación del Plan a nivel de Dirección del Hospital	R.D.	1	X			
Proceso de la Ejecución de la Autoevaluación	Presentación de cronogramas a los jefes	Circular	1			X	
	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	
Concluir con la elaboración del Informe Final y remitirlo a las instancias correspondientes	Elaboración de los informes por el equipo evaluador	Informe	1			X	
	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

VIII.- EQUIPOS DE ASISTENCIA TECNICA:

- Dr. Llindemberg Jonnat Malasquez Martinez Evaluador Líder Coordinador.
- Dr. Edwin José Calderón Flores Medico.
- Lic.Enf. Beatriz Murga Otiniano Enfermera
- Lic.Enf. Rocio del Pilar Delgado Zavaleta Enfermera
- Lic.Enf. Cecilia Esperanza Pozo Mendo Enfermera
- Lic.Enf. Sadi Luis Correa Carlos Enfermera
- Lic. Enf. Liliana Beatriz Corrales Portales Enfermera
- Lic. Obst. Zoila Andonayre Bermudez Obstetricia
- CPC. Maria Haydee Moncada Vega Administrativo
- Q.F.Carolina Francia Zarate Castillo Prof.de los Servicios de Salud
- Lic. Adm. Ruth Caldas Suarez Experto en Procesos de Apoyo
- Lic. Adm. Marleni Suarez Bermúdez Experto en Procesos de Apoyo