



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

EXPEDIENTE N° 001047-2025-004381

Jaén, 01 de marzo de 2025

RESOLUCION DIRECTORAL N° D128-2025-GR.CAJ-DRS-
HGJ/DE

VISTO



Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO
Diana Mercedes FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/03/2025 01:46 a. m.

El Expediente N° 001047-2025-004381, y su Proveído N° D908-2025-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, relacionado con la aprobación del Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén - 2025, y;

CONSIDERANDO

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, en los artículos I, II y VI del Título Preliminar, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea; 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, el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N° 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 a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 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; así mismo, 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 la finalidad es 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 N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSPV.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



Firmado digitalmente por
BOLIVAR JOO Diana Mercedes
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 01/03/2025 01:44 a. m.



Firmado digitalmente por
JIMENEZ COLLAVE Jhony FAU
20453744168 soft
Hospital Jaén - OPPE - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 28/02/2025 05:59 p. m.



Firmado digitalmente por
CAMPOS GARCIA Alan Yoelsy
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - UAJ - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B° Por Encargo
Fecha: 28/02/2025 03:54 p. m.



Firmado digitalmente por
CAMPOS GARCIA Alan Yoelsy
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - UAJ - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 28/02/2025 03:03 p. m.

Av. Pakamuros Nro. 1289

(076)431400

www.gob.pe/hospitaljaen

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: <https://gorecaj.pe/mad3validar> e ingresando el código: ZODTDY



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se aprobó el documento técnico "*Política Nacional de la Calidad en Salud*", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de 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 la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio del 2021, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras; así como, Establecer la aplicación de etapas estandarizadas, transparentes y explícitas para la emisión de documentos normativos del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.4 literal a) de la citada norma; señala que se consideran documentos técnicos entre otros a, planes de diversa naturaleza; y lo define como aquella publicación que contiene información sistematizada o contenidos sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él. (...);

Que, el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación-2025" del Hospital General de Jaén, tiene como finalidad; Contribuir a la atención con altos niveles de calidad a través del cumplimiento progresivamente con el proceso de autoevaluación correspondiente en los diferentes macroprocesos y lograr la Acreditación; por lo tanto, corresponde ser aprobado mediante acto resolutivo;

Por las consideraciones expuestas, contando con el visto correspondiente y la aprobación de la Dirección del Hospital General de Jaén, facultado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR;

RESULEVE

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el "Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén - 2025", el mismo que consta de diecinueve (19) folios, y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la difusión, implementación, supervisión y cumplimiento del plan aprobado en el artículo precedente.

ARTÍCULO TERCERO: DISPONER que el responsable de la administración y actualización del Portal de Transparencia para que publique la presente Resolución en el portal web Institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO

Directora

DIRECCIÓN EJECUTIVA

HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2025



RD. N.º D69-2025-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE-EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

RD. N.º D69-2025-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE-EQUIPO DE ACREDITACIÓN

JAÉN - 2025



Directora Ejecutiva

Dra. BOLÍVAR JOO, Diana Mercedes

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

Dr. CARDOSO MAIRENA, Cesar Augusto

Equipo Técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad

Dr. CARDOSO MAIRENA, Cesar Augusto

MC.CHAVEZ DIAZ, Daniela Romina

Ing. CÓRDOVA BRIONES, Ennid

Lic. Enf. GARCIA CALLE, Gasdali Lucerito

Tec. Adm. DELGADO DIAZ, Greice

Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación

Dr. Cardoso Mairena, Cesar Augusto

MC. Chávez Díaz, Daniela Romina

Ing. Ind. Ennid Córdova Briones

Lic. Enf. García Calle, Gasdali Lucerito

Lic. Enf. Carmela Tantaleán Troyes.

Lic. Enf. Hoolly Inés Hernández Domador.

Lic. Enf. Marbin Lenin Carrasco Tineo.

Lic. Enf. Yelania Milagros Cobeñas Llatas.

Lic. Enf. Violeta Jovany Pinedo Tapia

Lic. Enf. Segundo Manuel Díaz Vásquez.

Lic. Enf. Diana Carolina Lizaraburu Paz.

Lic. Enf. Leila Anali Correa Milian

Lic. Adm. Shirley Pamela Buenaño Purisaca.

Lic. Adm. Jessica María Chávez Juárez.

Lic. Nut. Farly Sifuentes Barrientos

Econ. Hernán Jared García Hernández

Obst. Mariel del Milagro Rodríguez Bernaldes

Obst. Roberto Carlos Marti Rodríguez

C.D. Kelly Lizbeth Sánchez García

Lic. T.S. Betsy Anilú Mego Sánchez



PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN 2025.

Fases	Responsable	Visto Bueno y Sello
Elaborado por:	Unidad de Gestión de la Calidad	
Revisado por:	Oficina de Presupuesto y Planeamiento Estratégico	
Aprobado por:	Dirección Ejecutiva	

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	JUSTIFICACIÓN	4
III.	FINALIDAD	5
IV.	OBJETIVO	5
4.1.	OBJETIVO GENERAL	5
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
V.	ALCANCE	5
VI.	BASE LEGAL	5
VII.	CONTENIDO	6
7.1.	DEFINICIONES OPERACIONALES	6
7.2.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.	8
7.3.	ACTIVIDADES	9
7.3.1.	Realizar la Programación de la Autoevaluación para la Acreditación en el POI.	9
7.3.2.	Conformar el equipo de acreditación	9
7.3.3.	Conformar el equipo de evaluadores internos	9
7.3.4.	Brindar capacitación al equipo de evaluadores internos	9
7.3.5.	Elaborar y presentar el plan anual de autoevaluación para la acreditación	10
7.3.6.	Aprobar el plan anual de autoevaluación para la acreditación	10
7.3.7.	Desarrollar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos	10
7.3.8.	Comunicar el inicio de la autoevaluación	13
7.3.9.	Desarrollar reunión de apertura	13
7.3.10.	Presentar el listado de estándares de acreditación	13
7.3.11.	Ejecutar el Plan de Autoevaluación	14
7.3.12.	Elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación	15
7.3.13.	Reunión de cierre	15
7.3.14.	Implementar las recomendaciones para las acciones de mejora	15
7.3.15.	Elaborar el informe técnico de autoevaluación	15
7.4.	COMPETENCIAS DEL EVALUADOR INTERNO	1
7.5.	PRESUPUESTO	1
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	1
IX.	ANEXOS	1
	Anexo N° 01: Diagrama de Gantt Plan de actividades autoevaluación HGJ. Cronograma A año 2025	18
	Anexo N° 02: Cronograma de actividades para la autoevaluación HGJ. Cronograma B	19

I. INTRODUCCIÓN

Para hablar de la calidad de la atención en los servicios de salud, es necesario enfocarnos previamente al concepto de “calidad”, concepto por demás complejo, que según el ámbito del que se aborde pueden atribuirse propiedades o atributos factibles de evaluar. En el contexto actual de valores y objetivos en el sistema de salud y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones en una evaluación de calidad son múltiples y están influenciados por los indicadores elegidos para estudiarla.

El Hospital General de Jaén necesita de herramientas que le permitan fortalecer, institucionalizar y garantizar la sostenibilidad de los procesos de gestión de la calidad, siendo la acreditación una de las herramientas que permiten obtener un compromiso claro de la organización para mejorar la calidad de atención al usuario garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos de salud con un enfoque humano y social.

La Acreditación es un proceso por el cual la entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de la atención, consideran macroprocesos de orden gerencial, prestacional y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad los que permiten evaluar el desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención de salud. La acreditación está definida como una metodología de evaluación periódica, que 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. El primer paso dentro del proceso de acreditación es realizar la Autoevaluación, ésta se realiza comparando el desempeño de la atención de salud, con diversos estándares óptimos, factibles de alcanzar, además de la evaluación de elementos de estructura, proceso y resultado, que partir de ella realizar las acciones y proyectos de mejora correspondientes.

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén, se elabora en forma conjunta con los integrantes del Equipo de Evaluadores Internos, quienes apoyan a identificar las brechas en cada uno de los criterios evaluados de los macroprocesos, para promover acciones de mejora continua de la calidad de servicios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN

La calidad en la atención de los usuarios de los servicios de salud, comprende tanto 1) la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos; como 2) el cuidado que la organización debe tener sobre los procesos involucrados en la prestación y gestión de servicios de salud que permita hacer un uso adecuado de los recursos, evitando incurrir en costos de la no calidad.

La acreditación es un proceso de evaluación periódica, con el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

La fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, es la autoevaluación, proceso que se realiza con los Listados de Estándares de Acreditación, instrumentos aprobados y validados por el Ministerio de Salud (MINSA).

Con Resolución Ejecutiva Regional N°D308-2023-GR.CAJ/GR, se aprueba el “Plan Estratégico Institucional – PEI 2023-2027 del Gobierno Regional de Cajamarca” en el menciona en el OEI.01. Mejorar el acceso equitativo a servicios de salud integral, continuos, inclusivos y de calidad de la población y su AEI.01.01 Atención de salud de calidad, según niveles de prestación e

intervención a la población del departamento de Cajamarca. Así mismo el OEI.03 Promover el ejercicio de los derechos de las poblaciones vulnerables del Departamento de Cajamarca con

su AEI.03.01. Asistencia técnica en desarrollo e inclusión social a organizaciones públicas, privadas y organizaciones sociales. 0053565: Gestión de la Calidad.

Según el Reglamento de Organización y Funciones es función de la Dirección Ejecutiva “Dirigir y promover la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo” y “Asegurar la implementación y mantenimiento de un Sistema de Gestión de la Calidad eficaz y eficiente”.

Bajo este contexto, el Hospital General de Jaén cuenta con personal capacitado para realizar la evaluación interna, y así determinar el nivel de cumplimiento e identificar nuestras fortalezas y oportunidades de mejora.

El presente documento, Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén correspondiente al año 2025 como primer paso de la mejora continua, a fin de lograr ubicar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) entre las que brindan atención de calidad a los usuarios internos y externos.

III. FINALIDAD

Contribuir a la atención con altos niveles de calidad a través del cumplimiento progresivamente con el proceso de autoevaluación correspondiente en los diferentes macroprocesos y lograr la Acreditación.

IV. OBJETIVO

4.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluación a través de la aplicación del listado de estándares de acreditación en el Hospital General de Jaén 2025.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.2.1. Planificar las actividades para la implementación de la autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén-2025.
- 4.2.2. Fortalecer las competencias de los evaluadores internos para realizar el proceso de autoevaluación en el Hospital General de Jaén-2025.
- 4.2.3. Efectuar el proceso de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén-2025.
- 4.2.4. Evaluar la Ejecución de la Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén-2025.

V. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación en todas las áreas, servicios, Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) asistenciales, administrativos y gestión de cumplimiento obligatorio por todo el personal que labora en el Hospital General de Jaén.

VI. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26642 – Ley General de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".

- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico del “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”
- ✓
- ✓
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSO-V.02 “Categoría de los Establecimientos del Sector Salud”
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 491-2012/MINSA, que aprueba el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías II-2.
- ✓ Resolución Ejecutiva Regional N° D308-2023-GR.CAJ/GR, que aprueba el Plan Estratégico Institucional – PEI 2023-2027 del Gobierno Regional de Cajamarca.
- ✓ Resolución Directoral Ejecutiva N° 059 – 2024-GR.CAJ/DRSC-DESP, que aprueba el reconocimiento de la Categorización II-2 al Hospital General de Jaén.
- ✓ Resolución Directoral N° 110-2009-GR-CAJ-HGJ/UP que aprueba en Manual de Organización y Funciones - MOF de la Unidad Ejecutora 495, Hospital General de Jaén.
- ✓ Ordenanza Regional N° D3-2022-GR.CAJ/CR, que aprueba la actualización de la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones–ROF del Hospital General de Jaén.
- ✓ Resolución Directoral N.º 239-2022 GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, que aprueba el Manual de Procesos y Procedimientos de la Gestión de la Calidad 2022.
- ✓ Resolución Directoral D69-2025-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, que oficializa la conformación del Equipo de Acreditación del Hospital General Jaén-2025.
- ✓ Resolución Directoral N.º D68-2025-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos para la Autoevaluación del Hospital General Jaén-2025.

VII. CONTENIDO

7.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Acreditación: Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño de prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las UPS y UPSS de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

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, cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo, se realiza una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Calidad de la atención de salud: Provisión de servicios de salud a usuarios individual y colectivo de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo,

considerando beneficios, riesgo y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Encuestas: Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

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

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.

Evaluador externo: Es la persona que desarrolla la fase de evaluación externa del proceso de acreditación. Tiene competencias para llevarla a cabo en los tres niveles de atención.

Evaluador interno: Es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación. Tiene competencias para desarrollar su labor únicamente en su propia institución u organización de similar nivel y categoría.

Gestión de la calidad: Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

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 de proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

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.

Macroproceso: Es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual a su vez, agrupa a varios procesos.

Mejora continua: Consiste en incrementar la satisfacción de usuarios. La mejora continua de los servicios, procesos y sistemas debe ser un objetivo para cada persona de la organización a fin de mantener lo correcto y corregir las inconformidades, asegurando el mayor beneficio para el usuario y se reduciendo riesgo durante su atención.

Mejoramiento continuo de la calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

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.

Observación: 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.

Planificación de la calidad: Es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Proceso: Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Sistema de Gestión de la Calidad: Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en calidad de la atención y la gestión.

Trazabilidad: Es el conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

Verificación/Revisión de documentos: Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.

7.2. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.

Conforme a la Guía técnica del evaluador, la metodología para la autoevaluación realiza la verificación conjunta y objetiva de la implementación de políticas nacionales y sectoriales en salud; en los procesos desarrollados del Hospital General de Jaén. Durante la etapa de evaluación, el equipo de acreditación brindará la asesoría y asistencia técnica al equipo de evaluadores internos, el cual deberá estar comprometido para el proceso de autoevaluación y el debido cumplimiento de las metas y actividades según el Plan Operativo Institucional. El equipo de evaluadores internos utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de verificadores, las técnicas que se utilizarán son:

- a. **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.

- b. Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- c. Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad.
- d. Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
- e. Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- f. Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiende a las normas o criterios preestablecidos.

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

7.3. ACTIVIDADES

Las actividades del presente plan se describen de manera ordenada y secuencial, de tal manera que una actividad conlleva a otra y así sucesivamente.

7.3.1. Realizar la Programación de la Autoevaluación para la Acreditación en el POI.

La Oficina de Planeamiento Estratégico es el encargado de Incorporar la Programación de la Autoevaluación para la Acreditación en el Plan Operativo Institucional.

7.3.2. Conformar el equipo de acreditación

La Dirección Ejecutiva del Hospital General de Jaén designa mediante acto resolutivo a cada uno de los jefes de los departamentos, servicios y/o unidades orgánicas para la conformación del equipo de acreditación, conforme a lo dispuesto en el capítulo VI, numeral 6.1, inciso b), de la “Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”, aprobada por RM N° 270-2009/MINSA. El equipo de acreditación contará con un coordinador elegido por sus miembros y designado oficialmente. La función principal del equipo de acreditación es promover la difusión del listado de estándares y coordina las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del hospital.

7.3.3. Conformar el equipo de evaluadores internos

La Dirección del Hospital General de Jaén designa mediante acto resolutivo al equipo de evaluadores internos conforme a lo dispuesto en el capítulo VI, numeral 6.1, inciso c), de la “Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”, aprobada por RM N° 270-2009/MINSA, aplicando los criterios de selección, considerando que hayan recibido el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos. Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso, antes de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad.

7.3.4. Brindar capacitación al equipo de evaluadores internos

Esta actividad está orientada a contar con la dotación necesaria de evaluadores internos formalizados para desarrollar el plan de autoevaluación, comprende las acciones de entrega de la resolución que reconoce al equipo de evaluadores

internos del Hospital General de Jaén y el fortalecimiento de capacidades de los mismos, respecto al Proceso de Acreditación de los Establecimientos de Salud (PAES).

7.3.5. Elaborar y presentar el plan anual de autoevaluación para la acreditación

El equipo de evaluadores internos elabora y presenta a la Dirección Ejecutiva a través de la Unidad de Gestión de la Calidad el Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén 2025; lo que incluye elaborar el programa, cronograma de actividades y la secuencia de la autoevaluación, así como, gestionar la dotación de materiales necesarios, establecer el plazo de presentación del informe final de los resultados de autoevaluación y elevar a la Dirección para su aprobación.

Establecido el cronograma de actividades, el equipo de evaluadores internos, procederá a la revisión de la normativa a ser aplicada en el PAES, de forma complementaria se realizará la organización de las tareas y metas por los responsables de los equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido.

El plan de autoevaluación para la acreditación del Hospital General de Jaén debe garantizar lo siguiente:

- a. Que se haya asignado un tiempo adecuado para la reunión de trabajo entre los evaluadores y evaluados.
- b. Que haya quórum de los equipos gerenciales, prestacionales y de apoyo para las reuniones con el equipo de autoevaluación.
- c. Que los horarios sean flexibles para permitir que el equipo de evaluación prepare de forma participativa y en consenso los instrumentos necesarios y los más idóneos para realizar la evaluación de los criterios. Así también se revise y discuta los temas a medida que van surgiendo, para revisar los documentos y hacer seguimiento de las visitas, si es necesario.
- d. Que se disponga de tiempo al final de cada día para que los evaluadores coordinen con el personal acerca del progreso de la evaluación.
- e. Que se disponga de tiempo para la reunión de apertura y para el análisis de resultados en la reunión de cierre.
- f. Que las actividades diarias relacionadas con la atención de salud no se interrumpan durante el tiempo previsto para la ejecución de la autoevaluación, la cual tendrá una duración mínima de cuatro (04) semanas.

7.3.6. Aprobar el plan anual de autoevaluación para la acreditación

La Dirección Ejecutiva aprueba mediante acto resolutivo el Plan Anual de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital General de Jaén correspondiente al año fiscal 2025. Una vez aprobado, este deberá difundirse a los responsables de los departamentos/servicios/áreas que interactuarán con los evaluadores internos.

7.3.7. Desarrollar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos

El equipo de evaluadores internos a través de la Unidad de Gestión de la Calidad organiza y participa de la reunión de trabajo a fin de revisar los pasos de la evaluación interna, los macroprocesos de la autoevaluación, el listado de estándares de acreditación y sus instrumentos, referencias normativas y fuentes auditables, formatos y calificación de la evaluación.

a. Fases de la autoevaluación

El proceso de autoevaluación consta de cuatro (04) fases:

- Fase I: Información
- Fase II: Definición de tareas
- Fase III: Análisis del listado de estándares
- Fase IV: Ejecución de la autoevaluación

b. Instrumentos para la evaluación

Listado de estándares de acreditación, el cual está dividido en: 1) macroproceso, el objetivo y alcance de la evaluación; 2) el código del estándar, 3) el estándar; 4) los atributos relacionados al estándar, 5) la referencia normativa nacional sectorial; 6) los criterios de evaluación.

c. Referencias normativas y fuentes auditables

Antes de determinar cuáles son las fuentes auditables y proceder a registrar en la Hoja de registro de datos, el evaluador debe conocer que existen las siguientes tres opciones de referencias normativas que influyen en el proceso de atención:

- Normas legales que regulan los procesos establecidos por el Ministerio de Salud.
- Normas legales que regulan los procesos y procedimientos establecidos por la Dirección Regional de Salud Cajamarca.
- Directivas institucionales emitidas por la Dirección de Salud Jaén y el Hospital General de Jaén.

d. Formatos para la evaluación

d.1. Hoja de registro de datos: Incluye los siguientes datos:

- Nombre de la IPRESS.
- El macroproceso evaluado.
- Nombre de los evaluadores.
- La fecha de la evaluación.
- Los servicios o áreas evaluadas.
- La identificación de los participantes/evaluados.
- El código del estándar.
- El código del criterio evaluado.
- El puntaje obtenido.
- Las fuentes auditables.
- La técnica utilizada.
- El sustento de evaluación y/o comentarios.

d.2. Hoja de recomendaciones: Incluye los siguientes datos:

- El nombre del evaluador líder.
- La fecha de las recomendaciones.
- Los servicios evaluados.
- El macroproceso intervenido.
- Las observaciones.
- Las recomendaciones.

e. Calificación de la evaluación

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si está será “aprobada” o “no aprobada”.
- La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, permite a la institución identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario implementar acciones de mejora, y su corrección es importante como medida de gestión de la calidad por lo equipos acreditación y de la institución en general.
- El cumplimiento de los estándares de acreditación, tiene una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna en el ciclo de mejora continua y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión donde están las fallas de calidad y permitiendo focalizar los procesos de mejoramiento.

f. Macroprocesos a evaluar

Se ha contemplado evaluar veintiún (21) macroprocesos que representan todas las funciones que realiza el Hospital General de Jaén, cuyo nivel y categoría actual es II-2, a excepción de los macroprocesos y criterios siguientes:

- **Macroproceso 07 “Atención ambulatoria”**.- no corresponde evaluar para el nivel los criterios: **ATA 3-3, ATA 3-4 y ATA 3-5.**
- **Macroproceso 08 “Atención extramural”**.- no corresponde evaluar para el nivel todos los criterios.
- **Macroproceso 15 “Referencia y Contrarreferencia”**. - no corresponde evaluar para el nivel los criterios: **RCR 4-1, RCR 4-2 y RCR 4-3.**

MACROPROCESOS	ESTANDARES	CRITERIOS
1. DIRECCIONAMIENTO	2	11
2. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	4	11
3. GESTIÓN DE LA CALIDAD	3	22
4. MANEJO DE RIESGO DE ATENCIÓN	8	50
5. GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	3	21
6. CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN	2	15
7. ATENCIÓN AMBULATORIA	4	17
9. ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	6	26
10. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	3	14
11. ATENCIÓN QUIRÚRGICA	4	24
12. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	2	15
13. ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	3	11
14. ADMISIÓN Y ALTA	4	16
15. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	3	13
16. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	3	15
17. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3	14
18. DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	4	17
19. MANEJO DEL RIESGO SOCIAL	2	6
20. NUTRICIÓN DIETÉTICA	2	10

21. GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	2	8
22. GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	2	12
TOTAL	71	348

Fuente: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02

7.3.8. Comunicar el inicio de la autoevaluación

El equipo de evaluadores internos a través de la Unidad de Gestión de la Calidad debe comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital General de Jaén el inicio del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación; la cual a su vez deberá comunicar a la Oficina de Calidad de la Dirección Regional de Salud Cajamarca conforme lo establece la NTS N° 050-MINSA-DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.

7.3.9. Desarrollar reunión de apertura

El propósito de este espacio es la coordinación con la Dirección Ejecutiva y las jefaturas de todos los departamentos, servicios o áreas de trabajo, para presentar los objetivos de la autoevaluación, presentar al equipo evaluador, confirmar el plan de la evaluación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, definir el proceso de presentación del informe técnico de evaluación, precisar los lineamientos de la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; identificar a los responsables para interactuar con los evaluadores durante la visita de evaluación y facilitar un espacio físico para el equipo evaluador.

Es de suma importancia generar un acta de esta reunión, en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba. Luego de haber concluido con esta actividad el equipo evaluador verificará que la Dirección Ejecutiva haya dispuesto la entrega de las normas que el subsector o el mismo hospital haya desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados.

7.3.10. Presentar el listado de estándares de acreditación

Para el proceso de evaluación de los estándares se procederá de la siguiente manera:

- Los equipos de trabajo que van a interactuar con los evaluadores internos, analizan y discuten conjuntamente que tan efectivamente están trabajando y comparan el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud II-2.
- Es recomendable leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar y el criterio de la misma forma.
- Tener presente el enunciado del estándar y su despliegue en los criterios para luego relacionarlos con los objetivos y alcance del macroproceso, con los atributos de calidad y con las referencias normativas no sólo las emitidas por el Ministerio de Salud y de la Dirección Regional de Salud Cajamarca que se presentan en el listado, sino con las institucionales que regulan diversos aspectos de la atención.
- Es importante que el equipo identifique cuáles son las posibles fuentes auditables y como desarrollar soportes que puedan encontrarse en la

organización. Así como la preparación de instrumentos diversos y sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

- Seleccionar responsables al interior del equipo de evaluadores internos para sistematizar todas las fuentes auditables por cada macroproceso. Aquí es donde el líder previamente seleccionado para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los procesos que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores internos y externos.
- Se calificará cada criterio del estándar por consenso del equipo evaluador. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación considerada en el listado de estándares, del 0, 1 o 2.

7.3.11. Ejecutar el Plan de Autoevaluación

a. Revisión de la documentación del cumplimiento del estándar

- La revisión de las referencias normativas nacionales, sectoriales e institucionales tiene el propósito de evaluar las condiciones para la sostenibilidad técnica de las acciones de mejoramiento continuo para los criterios, estándares y macroprocesos evaluados.
- El equipo evaluador procede a revisar el vínculo de la norma sectorial y/o institucional con el macroproceso y referencia normativa nacional.
- En esta etapa es preciso la interacción con los responsables de áreas o servicios evaluados por cada macroproceso.
- El equipo evaluador consigna los hallazgos en la hoja de registro de datos, que servirá de insumo para el informe técnico de evaluación según corresponda.
- Los principales hallazgos luego de la revisión normativa sectorial y/o institucional debe consignarse en actas, de acuerdo con la Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Si es necesario se pedirá permiso para fotografiar los documentos que avalen cada indicador. No es necesario sacar fotocopias.

b. Visitar a las instalaciones del Hospital General de Jaén

- Cada equipo evaluador debe asegurarse que ha recorrido las instalaciones del Hospital General de Jaén en su totalidad.
- El equipo debe ir acompañado de un miembro del personal del servicio o Unidad Productora de Servicios (UPS) que será evaluado, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular.
- El recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar la privacidad y los aspectos de calidad de atención, los patrones del flujo del trabajo y los componentes de seguridad y salud.
- Los evaluadores también pueden observar la interacción del personal con los pacientes para determinar si se está brindando la atención y servicio al paciente de acuerdo con la misión y los valores de la organización. Los evaluadores pueden interactuar de manera informal con los usuarios, sus familiares y con el personal de salud e ir revisando material específico de la institución.

7.3.12. Elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación

El equipo de evaluadores internos a través de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital General de Jaén deberá elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación a la Dirección Ejecutiva, conteniendo las recomendaciones para las acciones de mejora continua, el cual servirá de referencia para el desarrollo de planes de acción respectivos que se deban implementar.

7.3.13. Reunión de cierre

- a. Deben asistir a esta reunión los jefes de todos los departamentos, servicios o áreas, el equipo evaluador, algunos representantes del personal de la organización (según lo considere la organización), puede incluir a aquellos que estuvieron involucrados en las entrevistas de evaluación.
- b. El evaluador líder tiene la responsabilidad de dar inicio a la reunión, luego cada evaluador se turna para comentar sobre áreas específicas.
- c. Los evaluadores en esta reunión deben dar retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar el grado en que los criterios de evaluación se han cumplido.
- d. Durante el procesamiento de resultados los evaluadores propiciarán una oportunidad para que el personal de la organización intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos.
- e. Los evaluadores reforzarán que este análisis de resultados es un informe preliminar.
- f. El equipo de evaluadores internos debe acordar la fecha de entrega del informe técnico de evaluación según lo establecido en la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02.
- g. Es de suma importancia generar un acta de la reunión en la cual se debe consignar todos los aspectos descritos arriba.

7.3.14. Implementar las recomendaciones para las acciones de mejora

Una vez presentado y socializado el informe preliminar de autoevaluación a los jefes de departamento, unidades, áreas y/o servicios que conforman el equipo de acreditación, estos deberán implementar las recomendaciones descritas en los plazos sugeridos, debiendo presentar al término del plazo un informe del estado de implementación de las mismas.

7.3.15. Elaborar el informe técnico de 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 Dirección Ejecutiva, y esta a su vez informe a la Dirección Regional de Cajamarca. Seguir el siguiente esquema.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| A. Presentación | F. Cumplimiento del plan |
| B. Objetivos | G. Observaciones |
| C. Alcance | H. Puntaje alcanzado |
| D. Metodología de evaluación | I. Recomendaciones |
| E. Equipo de evaluadores | J. Anexos |

7.4. COMPETENCIAS DEL EVALUADOR INTERNO

RESPONSABILIDAD Y COMPETENCIAS DEL EVALUADOR INTERNO		
RESPONSABILIDADES	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CAPACIDADES
Realiza acciones de evaluación	Aplica técnicas de evaluación y auditoría en instituciones hospitalarias y del primer nivel de atención	• Interpreta el objetivo y el alcance de la evaluación de los macroprocesos. • Relaciona los estándares con los criterios de evaluación y las referencias normativas. • Identifica posibles fuentes auditables según criterios y objetivos.
Identifica acciones de mejora continua	Maneja metodologías de mejora continua con enfoque de procesos.	• Define las acciones de mejora de acuerdo con la evaluación (sólo evaluadores internos).
Sistematiza y precisa los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación	Maneja sistemas informáticos, aplica conocimientos y maneja temas de gestión hospitalaria y del primer nivel de atención.	• Identifica problemas • Tiene un sentido ético alto y cuenta con habilidades para la sistematización y síntesis.
Emite un informe técnico de carácter institucional	Recopila, clasifica y ordena la información obtenida	• Resume hallazgos en base a evidencias objetivas • Sustenta las observaciones formuladas. • Elaborada informes cualitativos y/o cuantitativos.

Fuente: Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo – MINSA

7.5. PRESUPUESTO

Presupuesto que se ejecutará con cargo a la actividad y/o secuencia funcional asignada al centro de costo de la Unidad de Gestión de la Calidad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. (2007). NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_normaacreditacion.pdf?_cf_chl captcha tk__=pmd_djGEh26jX43_YgXTRPUwkepbl06M5JqMkZob4_MyX8l-1630430590-0-ggNtZGzNAuWjcnBszQOI
2. Ministerio de Salud. (2009). Guía técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo volumen II, de http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/816_MS-DGSP245.pdf?_cf_chl captcha tk__=pmd_i6OiRPKYtwAAzN3mlrV4q_hPkkXNvjX8u40qs8jeks-1630435354-0-ggNtZGzNAtCjcnBszQPR

IX. ANEXOS

Anexo 01: Diagrama de Gantt Plan de actividades autoevaluación HGJ. Cronograma A

Anexo 02: Cronograma de actividades para autoevaluación HGJ. Cronograma B

www.hospitaljaen.gob.pe
 Av. Pakamuros Cdra. 12
 Jaén – Cajamarca
 Perú



**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”



Anexo N° 01: Diagrama de Gantt Plan de actividades autoevaluación HGJ - Cronograma A

Actividades	Responsables	Unidad de Medida	Año 2025											
			I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre			IV Trimestre		
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Conformar el equipo de acreditación del Hospital General de Jaén	Dirección Ejecutiva	Resolución		x										
Conformar el equipo de evaluadores internos del Hospital General de Jaén	Dirección Ejecutiva	Resolución		x										
Elaborar y presentar el plan anual de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Informe		x										
Brindar capacitación al equipo de evaluadores internos para la acreditación.	Unidad de Gestión de la Calidad	Acta / Informe			x									
Aprobar el plan anual de autoevaluación	Dirección Ejecutiva	Resolución			X									
Desarrollar reunión de trabajo con el equipo de evaluadores internos	Equipo de evaluadores internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Acta					X							
Comunicar el inicio de la autoevaluación	Dirección Ejecutiva	Oficio							X					
Desarrollar reunión de apertura	Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos	Acta							X					
Presentar el listado de estándares de acreditación	Equipo de Evaluadores Internos	Acta							X					
Ejecutar el plan de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos	Hoja de registro de datos								X				
Elaborar y presentar el informe preliminar de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Informe										X		
Implementar las recomendaciones para las acciones de mejora	Equipo de Acreditación	Informe											x	
Reunión de cierre	Unidad de Gestión de la Calidad	Acta											x	
Elaborar el informe técnico de autoevaluación	Equipo de Evaluadores Internos / Unidad de Gestión de la Calidad	Informe												x

Fuente: Elaboración propia



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
“Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana”



Anexo N° 02: Cronograma de actividades para la autoevaluación HGJ - Cronograma B

Responsable sub-equipo	Macroprocesos	Criterios de Evaluación	Equipo de Evaluadores internos	Agosto-2025			
Equipo N.° 01: Obst. Mariel del Milagro	N.° 1: DIRECCIONAMIENTO (DIR)	11	Lic. Jessica María Chávez Juárez	X			
	N.° 5: GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD)	21	Lic. Enf. Yelania Milagros Cobeñas Llatas	X	X		
	N.° 13: ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (ADT)	11	Lic. Adm. Martha Julia Bernuy Neira		X	X	
	N.° 17: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (GIN)	14				X	X
Equipo N.° 02: Lic. Shirley Pamela	N.° 2: GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS (GRH)	11	Lic. Betsy Anilú Mego Sánchez Econ. Hernán Jared García Hernández	X			
	N.° 14: ADMISIÓN Y ALTA (ADA)	16		X	X		
	N.° 15: REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS (RCR)	10	Lic. Enf. Gasdaly Lucerito García Calle		X	X	
	N.° 21: GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES (GIM)	8				X	X
Equipo N.° 03: Lic. Diana Carolina	N.° 3: GESTIÓN DE LA CALIDAD (GCA)	22	Lic. Nut. Farly Sifuentes Barrientos Lic. Psic. Betsy Fabiola Vargas Castro	X	X		
	N.° 6: CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN (CGP)	15			X	X	
	N.° 18: DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN (DLDE)	17				X	X
Equipo N.° 04: Lic. Marbin Lenin	N.° 4: MANEJO DEL RIESGO DE ATENCIÓN (MRA)	50	Lic. Segundo Manuel Díaz Vásquez		X	X	
	N.° 9: ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN (ATH)	26	Lic. Leila Correa Millan Obst. Roberto Carlos Martí Rodríguez			X	X
Equipo N.° 05: Ing. Ennid Córdova Briones	N.° 11: ATENCIÓN QUIRÚRGICA (ATQ)	24	Dr. Cardoso Mairena, Cesar Augusto MC. Chávez Díaz, Daniela Romina Lic. Enf. Violeta Jovany Pinedo Tapia	X			
	N.° 12: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (DIV)	14		X	X		
	N.° 19: MANEJO DEL RIESGO SOCIAL (MRS)	6			X	X	
	N.° 22: GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA (GEIF)	12				X	X
Equipo N.° 06: Lic. Hoolly Inés	N.° 7: ATENCIÓN AMBULATORIA (ATA)	14	Lic. Carmela Tantalean Troyes Ing. Ennid Cordova Briones C.D. Kelly Lizbeth Sanchez Garcia	X			
	N.° 10: ATENCIÓN POR EMERGENCIA (EMG)	14		X	X		
	N.° 16: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS (GMD)	15			X	X	
	N.° 20: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA (NYD)	10				X	X

Fuente: Elaboración propia.