



“PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – 2025”



AREQUIPA - PERÚ

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS.....	5
A. Objetivo General.....	5
B. Objetivos Específicos.....	5
IV. ALCANCE.....	5
V. BASE LEGAL.....	5
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	6
VII. COORDINACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.....	7
VIII. CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	7
IX. ELABORACIÓN DE INFORME TÉCNICO.....	7
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	7
XI. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.....	9
XII. RECURSOS.....	11
XIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	11





"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – 2025"

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la prestación de Servicios en el Sector Salud y la calidad de los mismos no han tenido un desarrollo uniforme y favorable, por lo que se vienen realizando diversos esfuerzos para poder revertir esta situación, de esta forma poder alcanzar el objetivo de brindar al usuario una atención de calidad en el sector salud y hacerla sostenida en el tiempo sin embargo la falta de una estrategia coherente no ha permitido aprovechar las mejoras, tampoco se toma decisiones que establezcan un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, efectivo y fundamentalmente humano.

Por ello la necesidad de implementar y desarrollar una estrategia nacional que permita el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud, en ese contexto el Ministerio de Salud con la participación de los diferentes actores en el Sector salud vienen realizando acciones necesarias para mejorar la situación actual de salud de la población, especialmente en la de menores recursos, siendo el gran desafío la construcción de un Sector Salud con equidad, eficacia y calidad.

El Ministerio de Salud ha propuesto desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, sistema que tiene como alcance los procesos de atención integral destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

La gestión de la calidad implica también la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios, además de minimizar los riesgos en la prestación de servicios que se brindan día a día, esto conlleva a la implementación de una serie de procesos para lograr mejoras progresivas, y que a través de la Autoevaluación se pueda alcanzar a la Acreditación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Peruano.

Según la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 aprobada el 4 de junio del 2007 y mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, el proceso de Acreditación en el contexto actual comprende dos fases la autoevaluación y evaluación externa, estas se desarrollan sobre la base de estándares previamente definidos por la autoridad sanitaria contenidos en el listado de estándares de acreditación y que enfocan esta nueva Propuesta en el marco de la Gestión por procesos, siendo uno de los primeros pasos la autoevaluación la cual es aplicada siguiendo un conjunto de pautas.

Actualmente el Hospital Goyeneche es categorizado como nivel III, el mismo que cada año viene desarrollando la Autoevaluación en conjunto con el Comité de Acreditación y el Equipo



de Evaluadores Internos, oficializados mediante acto resolutivo desempeñando la labor en la ejecución de las actividades obteniendo resultados que si bien muestran avance todavía no se alcanza calificaciones satisfactorias, por lo que se espera alcanzarlas para que en algún momento nos permitirá pasar a la siguiente etapa.

Por lo que se elabora el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital III Goyeneche -2025" en el que se desarrollan diferentes actividades orientadas a mejorar la calidad de los servicios según los criterios y estándares establecidos en la norma, el mismo que tiene la aprobación con Acto Resolutivo, el presente Plan ha sido elaborado bajo las pautas establecidas en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, así se pueda dar inicio a las actividades programadas llevando a cabo la ejecución de la autoevaluación en nuestra institución.

II. JUSTIFICACIÓN

La Acreditación es uno de varios procesos que son llevados por la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud donde se hace necesario como todos los años la implementación de la Autoevaluación en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, dando inicio a un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo del proceso, orientándose a la acreditación siendo imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones y debilidades dentro de la institución así mismo cumpliendo con estándares de calidad aceptables.

En el presente año se ha conformado el Comité de Acreditación y Autoevaluación el cual junto al Equipo de Evaluadores serán capacitados según lo que indica la Norma Técnica de Salud. Se debe priorizar estas actividades por ser un proceso de carácter obligatorio y un paso precedente para el proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, según la Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V.02.

La autoevaluación es el inicio de un conjunto de acciones, tiene como finalidad el mejoramiento en todos los procesos para la atención y en la atención misma del usuario garantizando a los mismos una atención de salud con calidad contribuyendo a mitigar las fallas atribuibles a los procesos de los servicios de salud, de esta manera se busca que los prestadores de salud opten por una entrega estandarizada de servicios de salud y permita una mayor satisfacción a los usuarios llegando a construir una cultura de

Calidad en Salud y se alcance un establecimiento que cumpla con estándares de calidad adecuados.

Resulta oportuno realizar una evaluación interna ya que permite a la Dirección del Hospital Goyeneche tener un diagnóstico general de la institución y poder identificar



los problemas o deficiencias que afectan a la organización constituyéndose estas en una oportunidad de mejora en base a los resultados y desplegar acciones de mejoramiento.

III. OBJETIVOS

A. Objetivo General

- ❖ Desarrollar el proceso de Autoevaluación en el Hospital III Goyeneche mediante la aplicación de los criterios establecidos según la norma.

B. Objetivos Específicos

- ❖ Realizar la Autoevaluación según criterios y demás estándares establecidos en función a la normatividad.
- ❖ Identificar áreas susceptibles y nudos críticos como oportunidades de mejora en la atención de salud que se brinda en el Hospital Goyeneche a través de la aplicación de los estándares según la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo
- ❖ Lograr que la Dirección General, Jefes de departamentos, oficinas, servicios y demás unidades del hospital participen en el proceso, se sensibilicen y colaboren en el proceso de Autoevaluación.
- ❖ Analizar los resultados obtenidos y elaborar proyectos e intervención en relación a los estándares no alcanzados como óptimos en el proceso de Autoevaluación.



IV. ALCANCE

El presente plan es de alcance para todas las Unidades Orgánicas y funcionales del Hospital III Goyeneche tales como Dirección, departamentos finales e intermedios, servicios y oficinas administrativas.

V. BASE LEGAL

- ❖ Ley N° 26842 – Ley General de Salud y sus modificatorias
- ❖ Ley N° 27657 – Ley de Ministerio de Salud
- ❖ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública
- ❖ D.S. N° 023-2005-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ Ley N° 27813 – Ley de Sistema Nacional Coordinado y Descentralización de Salud
- ❖ D.S. N° 023-2005-SA Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ D.S. N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud: Servicios Médicos de Apoyo.

- ❖ Resolución Ministerial N° 51-2006/MINSA aprueba el Documento Técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

- ❖ Resolución Ministerial N° 1263-2004-MINSA que aprueba la Directiva "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud"
- ❖ Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA que aprueba el plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud
- ❖ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA
- ❖ Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Listado de Estándares de Acreditación para Establecimiento de Salud con Categorías I-1AIII-1 y Servicios Médicos de Apoyo.
- ❖ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La autoevaluación será llevada a cabo por el Equipo de evaluadores internos los cuales serán previamente capacitados y harán uso del Listado de Estándares de Acreditación según correspondan, así mismo se contara con la participación activa de la Dirección General, Jefes de Departamentos, Oficinas, Servicios y demás Unidades las cuales darán las facilidades para llevar a cabo las actividades de manera eficiente con la finalidad de dar cumplimiento a los criterios de evaluación según la realidad actual con la que cuenta el Hospital, rigiéndonos a la normatividad vigente.

Se hará la visita a las instalaciones, donde se hará el despliegue de las técnicas de evaluación las cuales son: verificación y revisión de documentos, observación, encuestas, entrevistas, muestreo y auditoria, siendo el principal instrumento la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

El Equipo de Autoevaluación trabajara en estrecha coordinación con el Comité de Acreditación del Hospital Goyeneche para lo cual se define los objetivos, las actividades y el cronograma correspondiente.

Se contará con material de consulta como son los documentos, disposiciones legales, normativas y otros que se consideren pertinentes.

Finalmente se dará la reunión de cierre y la entrega del respectivo informe a las instancias correspondientes.



VII.COORDINACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PLAN DE TRABAJO

La coordinación final del Plan de Autoevaluación será conjuntamente entre el Equipo Evaluador y el personal que participará en el proceso.

Se determinarán fechas, plazos y periodos que asistirán a cada una de las unidades a evaluar.

Se solicitará al servicio evaluado los documentos e información adicional que debe presentarse en el acto de evaluación para la verificación de los mismos.

VIII.CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación se realizará de acuerdo al cronograma preestablecido, verificando los estándares señalados en el listado.

La evaluación tendrá en cuenta la existencia de condiciones, características estado y otros aspectos del estándar.

La evaluación será contando con la presencia del personal responsable o designado de la unidad, departamento servicio u oficina a evaluar.

IX. ELABORACIÓN DE INFORME TÉCNICO

- ❖ Procesamiento de datos.
- ❖ Análisis de resultados.
- ❖ Elaboración del Informe preliminar.
- ❖ Entrega de Informe Técnico Final a la Dirección General.
- ❖ Presentación de resultados ante autoridades y personal institucional.
- ❖ Se identificará los proyectos a efectuar para superar los puntos y nudos críticos.



X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

[illegible]

Presentación del plan, Aprobación del plan con Resolución Directoral	Dirección del Hospital Goyeneche, Oficina de Gestión de la Calidad en Salud. Oficina de recursos humanos.		X									
Publicación en la página WEB de la institución las R.D. DE Acreditación y Auto evaluadores internos. Publicación del Plan de Autoevaluación y la R.D.	Oficina de Estadística		X	X								
Preparación de materiales e instrumentos para el proceso de autoevaluación	Personal de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.					X						
Comunicación oficial a la GERESA para el inicio de la autoevaluación	Dirección General Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.					X						
Reunión de apertura con los jefes de Comité de Acreditación y Jefes de Equipo de auto evaluadores Internos	de Gestión de la Calidad en Salud.						X					
Inicio de Autoevaluación y seguimiento	Equipo de evaluadores internos Oficina de Gestión de la Calidad en Salud						X	X				
Consolidación de los informes	evaluadores líder Evaluadores internos								X			
Procesamiento de datos Análisis de los resultados	Equipo de Acreditación Evaluadores internos								X	X		
Elaboración Informe Técnico Final de Autoevaluación	Comité de Acreditación y Autoevaluación Equipo de evaluadores y Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.								X	X		
Presentación del informe Técnico final a la GERESA	Dirección General y Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.											X



XI. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

“EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS MACROPROCESOS, HOSPITAL III GOYENECHÉ AÑO 2025 R.D. N° 141 - 2025 GRA/GRS/DG-HG - OAJ.

Macroproceso 01 Direccionamiento (DIR)

Responsable de Equipo: Dra. Mayza Torres Silloca
Directora Adjunta del Hospital III Goyeneche

Integrantes : Dra. Yesica Zevallos Molleda
C.P.C. Frida Damiani Alvarez

Macroproceso 02 Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Responsable de Equipo : Tap Jaime Agustín Lima Quiza.

Integrantes : TAP Uzziel Gabriela Michelle Arratia Quiroz.

Macroproceso 03 Gestión de la Calidad (GCA)

Responsable de Equipo : Dra. Yesica Zevallos Molleda.

Integrantes : Lic. Yeannette María Gosme Contreras

Macroproceso 04 Manejo del Riesgo de Atención (MRA)

Responsable de Equipo : Dr. Roy Marcelino Espinoza Acero.

Integrantes : Dra. Gabriela Zavaleta Vargas.

Macroproceso 05 Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Responsable de Equipo : Dr. Ramiro Pérez Guzmán.

Integrantes : Lic. Paola Amelia Quispe Apaza

Macroproceso 06 Control de Gestión y Prestación (CGP)

Responsable de Equipo: Dra. Yilma Butron Rodriguez

Integrantes : C.P.C. Frida Damiani Alvarez
Dra. Gabriela Zavaleta Vargas

Macroproceso 07 Atención – Ambulatoria (ATA)

Responsable de Equipo: Dra. Yilma Butron Rodríguez

Integrantes : Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.
: Ing. Ruben Dario Alvarez Figueroa

Macroproceso 09 Atención de Hospitalización (ATH)

Responsable de Equipo : Dra. Alexandra Verónica Carrera Cárdenas - Dpto. Medicina

Integrantes : Dr. Oscar Díaz Flores - Dpto. de Ginecobstetricia
Dr. Percy Manrique García - Dpto. Cirugía
Dr. Bertel Alarcón Rosado - Dpto. Pediatría

Macroproceso 10 Atención de Emergencia (EME)

Responsable de Equipo: Dr. Martie Guillen Huanqui - Dpto. Emergencia
: Lic. Luz Aurora Corrales Zeballos – Serv. Emergencia

Macroproceso 11 Atención Quirúrgica (ATQ)

Responsable de Equipo : Dr. Ricardo Medina Monroy - Dpto. de Anestes. y C.Q.

Integrantes : Dra. Soledad Sotomayor Cabrera - Dpto. de Anestesiología y C.Q.
Dr. Percy Manrique García - Dpto. Cirugía

Macroproceso 12 Docencia e Investigación (DIV)

Responsable de Equipo : Dr. Hernán Castillo Tejada

Integrantes : Dr. Alexander Cruz Sotomayor

Macroproceso 13 Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

Responsable de Equipo: Q.F. Carmen Rodríguez Escobedo - Dpto. de Farmacia

Integrantes : Dr. Luis Antonio Vizcarra Zegarra- Dpto. Patol. Clínica y Anat. Patolog.
: Dra. Katerine Valcarcel Angulo - Serv. de Anatomía Patológica

Macroproceso 14 Admisión y Alta (ADA)

Responsable de Equipo: Ing. Ruben Dario Alvarez Figueroa

Integrante : Eulogio Ccama Tumpi
Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.
Dra. Gabriela Zavaleta Vargas

Macroproceso 15 Referencia y Contrareferencia (RCR)

Responsable de Equipo: Dra. Gabriela Zavaleta Vargas

Integrantes : Dra. Yilma Nolbina Butrón Rodríguez.

Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos (GMD)

Responsable de Equipo : Q.F. Tania Talavera Medina

Integrantes : Q.F. Briseth Chulla Canahuire
Dra. Yilma Nolbina Butrón Rodríguez.

Macroproceso 17 Gestión de la Información (GIN)

Responsable de Equipo: Rubén Dario Alvarez Figueroa - Of. de Estad.e informática

Integrantes :TAP Javier Arturo Ramos Ricalde - Of. de Estad. e informática
Lic. Edson Jair Mejía Vargas- RRPP y Comunicaciones

Macroproceso 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)

Responsable de Equipo: Lic. Solange Vera Ojeda - Serv. Central de Esterilización



Integrantes : Roy Marcelino Espinoza Acero - Ofic. de Epidemiología
Sr. Danny Rivelino Calderón Linarez- Ofic. Salud Ambiental

Macro proceso 19 Manejo de Riesgo Social (MRS)

Responsable de Equipo: Lic. Myriam Gina Chura Moscoso - Dpto. de Servicio Social

Integrantes : Lic. Marilyn Peretel Sanchez - Dpto. de Servicio Social
Lic. Evelin Fernanda Bueno Hinojosa - Dpto. de Servicio Social

Macro proceso 20 Nutrición y Dietética (NYD)

Responsable de Equipo: Lic. Gaby Huamani Zeballos - Dpto. Nutrición

Integrantes : Lic. Liz Anco Torres Dpto. de Nutrición

Macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Responsable de Equipo: Lic. Lizeth Vanessa Diaz Chipana

Integrantes : TAP. Aldrin Adrian Minaya Rivera
Q.F. Daphne Herrera Bustinza

Macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Responsable de Equipo : Lic. Luz Betty Borja Peña

Integrantes : Milton Daniel Loayza Cahuana

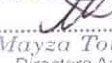
XII. Recursos

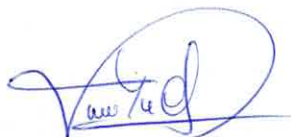
a. Humanos:

Equipo de Gestión de calidad de Hospital III Goyeneche
Jefes de las Unidades orgánicas y funcionales del Hospital III Goyeneche
Equipo de Acreditación para el fortalecimiento del desempeño de los establecimientos de salud,
Equipo de Evaluadores Internos reconocidos con R. D.

b. Materiales:

Computadora, impresora, hojas de registro para la evaluación
Listado de estándares de acreditación para establecimientos de Salud con Categorías I-1AIII-1 y Servicios Médicos de Apoyo Guía del evaluador para la Acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo
Norma Técnica 050- MINS/DGSP V02
Materiales de escritorio, Fotocopias, Banner, Trifoliados entre otros.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dra. Mayza Torres Silloca
Directora Adjunta
CMP 37068 RNE, 18318


Vanessa Diaz

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Lic. Myriam Gina Chura Moscoso
TRABAJADORA SOCIAL
C.T.S.B. 7713

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dra. Gabriela Zavala Vargas
Registro Nacional de Asesor N° 07421
C.M.P. 73128

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Abg. Jaime Agustín Lima Quiza
Jefe de la Oficina de Personal

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

J. Chizman

[illegible]

Dra. Yilma B. Rodríguez
Médico Asesor Seguros
C.M.P. 38969 - E.N.A. 01078

Ing. Rubén Darío Álvarez Figueroa
JEFE (e) DE LA OFICINA DE ESTADISTICA
E INFORMATICA

Q.F. Carmen Rodríguez Estobedo
JEFA DEL DPTO. DE FARMACIA
CQEP 01419

Q.F. Tania Talavera Medina
QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE
C.Q.F.P. 11324

Dra. Yessica Zavala Molleda
CMP-38374 R.N.S. 25174
JEFE DE OF. DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Ricardo Darío Medina Monro
MÉDICO
C.M.P.