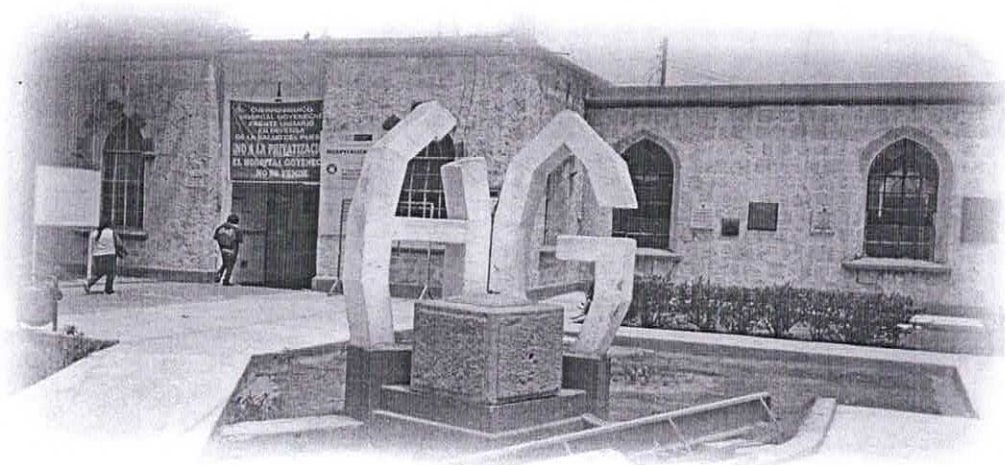




“PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – 2023”



AREQUIPA – PERÚ

2023



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS.....	5
A. Objetivo General.....	5
B. Objetivos Específicos.....	6
IV. ALCANCE:.....	6
V. BASE LEGAL.....	6
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	7
VII. COORDINACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.....	8
VIII. CRITERIOS DE EVALUACIÓN.....	8
IX. ELABORACIÓN DE INFORME TÉCNICO.....	8
X. ELABORACIÓN DE PROYECTOS.....	9
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	9
XII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS.....	11
XIII. RECURSOS.....	13
XIV. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	14



"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ - 2023"

I. INTRODUCCIÓN

El sistema de Gestión de la Calidad (SGC) es un principio básico impulsado por el Ministerio de Salud, donde la calidad es considerada como el conjunto de características técnico científicas, materiales y humanas que debe tener toda atención de salud que se brinda a los usuarios, con la finalidad de satisfacer las expectativas además de minimizar los riesgos en las prestación de servicios que se brindan día a día ; es por ello que se ha conllevado a la implementación de una serie de procesos para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad, siendo una de estas la Acreditación la misma que se viene realizando todos los años en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema peruano.

Según la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo el proceso de acreditación históricamente se inició en el país en junio de 1993, cuando el Ministerio de Salud nombra la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales, siendo esta comisión la que elaboró la Guía y el Manual para la Acreditación de Hospitales aprobada con Resolución Ministerial en el año 1996. Esta iniciativa en un principio se caracterizó por ser de origen gubernamental, por tener un alcance hospitalario, por ser un proceso basado en los sistemas de evaluación de conformidad el cual incluía un certificador externo que en un inicio funcionó bajo una lógica de mercado y por el carácter de estándares centrados en la estructura, pero el proceso presento una baja cobertura de establecimientos hospitalarios acreditados en aquel momento, el escaso desempeño ocasionado por las propias condiciones inherentes al sector salud además de la falta de incentivos económicos, financieros y de mercado por los escasos recursos para impulsar el proceso los mismos que no garantizaban mayores estímulos en comparación con quienes no acreditaban fueron cuestiones razonables; es por ello que se actualizó la



norma donde los procesos de reforma de los sistemas de salud sean vistos como mecanismos de garantía de la calidad que se debe brindar a los usuarios, definiéndose una norma de alcance universal la cual abarque establecimientos de salud de todos los niveles con una aplicación en un proceso único en la medida que exigirá niveles mayores de calidad, siendo la autoevaluación de carácter obligatorio en cada establecimiento y una evaluación externa de carácter voluntario, pero necesario para adquirir la condición de acreditado; ambas fases centradas en un enfoque de procesos regidos por la normativa anterior ya mencionada la cual sigue vigente a la actualidad y fue aprobada el 04 de Junio del 2007 mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos la autoevaluación la cual es aplicada siguiendo un conjunto de pautas.

A la actualidad el Hospital Goyeneche es categorizado al nivel III, durante varios años viene desarrollando la Autoevaluación en conjunto con el Comité de Acreditación y Evaluadores Internos los cuales son oficializados mediante acto resolutivo desempeñando gran labor en la ejecución de las actividades obteniendo resultados que si bien muestran un gran avance aún no se alcanza calificaciones satisfactorias las cuales 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 GOYENECHÉ - 2023" en el que se desarrollaran diferentes actividades orientadas a mejorar la calidad de los servicios según los criterios y estándares establecidos en la norma; además de la Aprobación con Acto Resolutivo del presente Plan el cual ha sido elaborado bajo las pautas y esquemas preestablecidos en la Guía del Evaluador, 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 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 que permita una mayor satisfacción a los usuarios llegando a construir una cultura de gestión de calidad en salud y permita alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

Resulta oportuno realizar una evaluación interna ya que le permite a la Dirección del Hospital Goyeneche tener un diagnostico 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 en el presente año.

III. OBJETIVOS

A. Objetivo General

- ❖ Desarrollar satisfactoriamente el proceso de Autoevaluación en el Hospital III Goyeneche mediante la aplicación de los criterios establecidos según la norma con miras a la Acreditación de nuestra institución.



B. Objetivos Específicos

- ❖ Organizar y planificar correctamente el proceso de Autoevaluación.
- ❖ Ejecutar la Autoevaluación según criterios y demás estándares establecidos en función a la normatividad.
- ❖ Identificar oportunidades de mejora ante situaciones que afectan la calidad de los servicios de los usuarios 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 de inversión 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° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social
- ❖ Ley N° 27657 – Ley de Ministerio de Salud
- ❖ Ley N° 27783 – Ley de Bases de Descentralización
- ❖ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública
- ❖ 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° 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° 51-2006/MINSA aprueba el Documento Técnico del Sistema de Gestión de Calidad en 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 a ser empleados 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 por el equipo evaluador quienes usarán diversas técnicas de verificación las cuales permitirán evidenciar y calificar los criterios de evaluación.

En cada visita se hará el despliegue de las técnicas de evaluación las cuales son: verificación de documentos, observación directa de los procesos,

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. ELABORACIÓN DE PROYECTOS

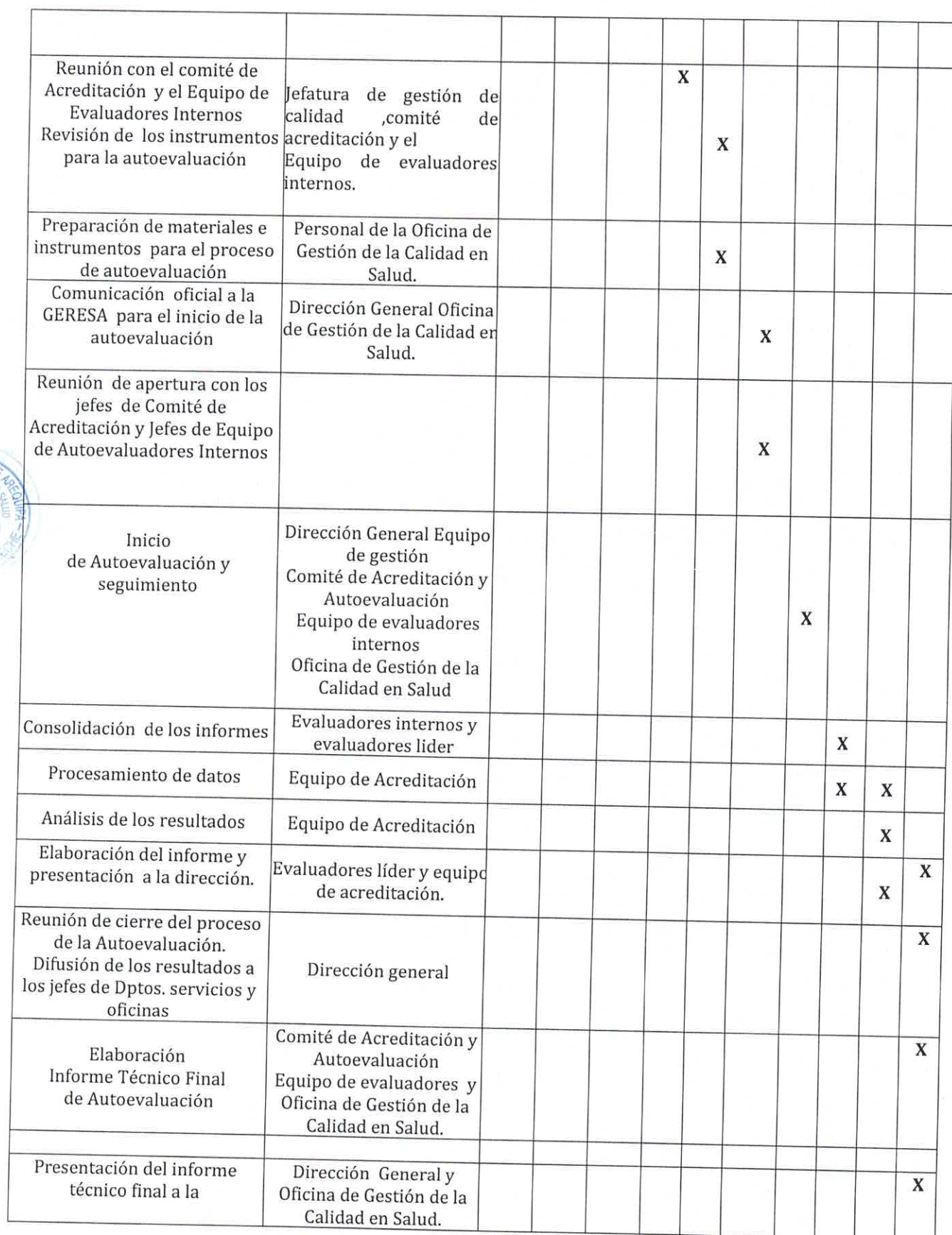
Se determinarán y priorizarán puntos y nudos críticos estableciendo posibles proyectos de mejora que intervengan para superarlos.

El Comité de Acciones y Proyectos de Mejora Continua de la Calidad elaborará los proyectos priorizados con el apoyo de la Oficina de Planificación.

Se presentan los proyectos a la Dirección General para su aprobación y que se garantice el presupuesto necesario.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	MESES										
		MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	
Coordinación con la Dirección General para la conformación de Comité de Acreditación y Autoevaluación.	Dirección Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.	X										
Coordinación con la Dirección General para la Conformación Del Equipo de Evaluadores Internos.	Dirección Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.		X									
Oficialización del Comité de Acreditación con R.D.	Dirección General Oficina de RR.HH	X										
Oficialización del equipo de Evaluadores internos con R.D	Dirección General Oficina de RR.HH		X									
Elaboración del Plan de Autoevaluación Presentación del plan a Dirección	Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.		X	X								
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 el Plan de Autoevaluación y la R.D.					X							



XII. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

Conformación del “Equipo de Evaluadores Internos de Acreditación para el proceso de Autoevaluación de Macro procesos del Hospital III Goyeneche 2023” el mismo que fue aprobado con R.D. N°226-2023-GRA/GRS/DG-HG-OP

1. Macroproceso 01 Direccionamiento (DIR)

Jefe de Equipo: Dra. María Soledad Sotomayor Cabrera
(Directora del Hospital III Goyeneche)

Integrantes: Dr. Percy Manrique García
Subdirector del Hospital III Goyeneche
Lic. Manuel Jesús Álvarez Sansur

2. Macroproceso 02 Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Jefe de Equipo: Sr. Boris Catacora Choque

Integrantes: Sr. Edgar Emilio Zapana Pacheco
A.S. Eleana Rocío Machaca Pelinco

3. Macroproceso 03 Gestión de la Calidad en Salud (GCA)

Jefe de Equipo: Dra. Yesica Zevallos Molleda. (Ofic. Gestión de Calidad)

Integrantes: Lourdes María Cano Bustamante

4. Macroproceso 04 Manejo del Riesgo de Atención (MRA)

Jefe de Equipo: Dr. Roy Marcelino Espinoza Acero.

Integrantes: Lic. Lourdes María Cano Bustamante.
Dra. Yilma Nalbina Butrón Rodríguez.

5. Macroproceso 05 Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Jefe de Equipo: Dr. Oswaldo Alex Orihuela Paz.

Integrantes: Dr. Marlon Alexis Pacheco Jaén.
Lic. Paola Amelia Quispe Apaza

6. Macroproceso 06 Control de Gestión y Prestación (CGP)

Jefe de Equipo: Dr. Manuel Mauro Carbajal Guzmán.

Integrantes: Lic. Manuel Jesús Álvarez Sansur
Dr. Harol Nepalí Pérez Zea

7. Macroproceso 07 Atención Ambulatoria (ATA)

Jefe de Equipo: Dr. Mauro Carbajal Guzmán

Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.

Integrantes: Ing. Luis Alberto Huaranca Pardo



8. Macroproceso 09 Atención de Hospitalización (ATH)

Jefe de Equipo: Dr. Luis Hernando Chirinos Zegarra

Integrantes: Dra. Alicia Pamela Escobedo Benavente
Dr. Luis Antonio Aubert Rodríguez

9. Macroproceso 10 Atención de Emergencia (EME)

Jefe de Equipo: Dr. Oswaldo Alex Orihulea Paz

Integrantes: Dr. Marlon Alexis Pacheco Jaén
Lic. Rosé Mary Rodríguez Luque
Lic. Luz Corrales Zevallos

10. Macroproceso 11 Atención Quirúrgica (ATQ)

Jefe de Equipo: Dra. Mirta Nélida Oporto Vargas

Integrantes: Dr. Gonzalo Barrientos Mayta

11. Macroproceso 12 Docencia e Investigación (DIV)

Jefe de Equipo: Lic. Luz Betty Borja Peña

Dr. Paul Henry Pinto Reinoso

Integrantes: Dra. Nancy Georgina Fuentes Chicata
Dr. Hernán Domingo Castillo Tejada

12. Macroproceso 13 Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

Jefe de Equipo: Dra. Julissa Mabel Pinto Roldan

Integrantes: Dr. Elvis Alarcón Valdivia
Q.F. Patricia Alvarado Huallanco
Q.F. Tania Talavera Medina

13. Macroproceso 14 Admisión y Alta (ADA)

Jefe de Equipo: Ing. Luis Alberto Huaranca Pardo

Integrante: Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.

14. Macroproceso 15 Referencia y Contrareferencia (RCR)

Jefe de Equipo: Dr. Manuel Mauro Carbajal Guzmán.

Integrantes: Dr. Jarol N. Pérez Zea
Dra. Yilma Nolvina Butrón Rodríguez

15. Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos (GMD)

Jefe de Equipo: Q.F. Patricia Alvarado Huallanco.

Dr. Harol N. Perez Zea



Integrantes: Dra. Yilma Nalbina Butrón Rodríguez.
Dr. Roy Marcelino Espinoza Acero.

16. Macroproceso 17 Gestión de la Información (GIN)

Jefe de Equipo: Ing. Luis Alberto Huaranca Pardo.

Integrantes: Sr. Marco Antonio Ayala Fernández.
Lic. Verónica Beatriz Veliz Yampi

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

Jefe de Equipo: Lic. Solange Vera Ojeda.

Integrantes: Sr. Danny Rivelino Calderón Linares.
Lic. Janet Sofia Bueno Soto.

18. Macroproceso 19 Manejo de Riesgo Social (MRS)

Jefe de Equipo: A.S. Eleana Roció Machaca Pelinco

Integrantes: A.S. Marilyn Perettel Sanchez

19. Macroproceso 20 Nutrición y Dietética (NyD)

Jefe de Equipo: Lic. Natty Albina Valdivia Rodríguez

Integrantes: Lic. María Victoria Escobedo Velásquez

20. Macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Jefe de Equipo: Sr. Eron Villasante Paredes

Integrantes: Q.F. Patricia Alvarado Huallanco
Q.F. Tania Talavera Medina

21. Macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Jefe de Equipo : Arq. María del Carmen Ponce Esquivas

Integrantes : Ing. Silvia Kathia Bueno Tuero.

XIII. Recursos

a. Humanos:

Equipo de Gestión del Hospital III Goyeneche
Jefes de las Unidades orgánicas y funcionales del Hospital III Goyeneche
Integrantes del comité de autoevaluación y acreditación
Equipo de Evaluadores Internos reconocidos con R. D.

b. Materiales:

Computadora, impresora, fotocopias.
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- MINSA/DGSP V02

Materiales de escritorio, Fotocopias, Banner, Trifoliados entre otros

Aplicativo informático para el registro y procesamiento de datos.

XV. Referencia bibliográfica

Detallada en la base legal

Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categorías I-1AIII-1 y Servicios Médico de Apoyo.

Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

