



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Nº 271 - 2024-GRA/GRS/DG-HG-OP.

VISTO: El proveído inserto en el Informe N°053-2024-GRA/GRS/HG-OGCS-J, suscrito por la Dirección General del Hospital III Goyeneche, en donde se dispone proyectar acto resolutivo correspondiente para aprobar el **"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ-2024"**.



CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, y que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado;

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA se resolvió aprobar la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" que tiene por finalidad 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; asimismo, señala que los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se resolvió: Aprobar la "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo", como guía de referencia nacional, de aplicación en los establecimientos de salud públicos y privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, la *"Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"* tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscado lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios



de evaluación; que señala en el numeral 6.3. que para la evaluación interna o externa se debe elaborar un Plan de Evaluación y un Informe Técnico de Evaluación que deben ser formulados por el Equipo Evaluador seleccionado y presentados a la Autoridad Institucional correspondiente según lo establecido en la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02;

Que, el Texto Único Ordenado de la Ley 27444, aprobado mediante el artículo 1 del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece en el numeral 2, del Artículo 72° que *"Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia"*;

Que, de conformidad con lo dispuesto por el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital III Goyeneche, artículo 11, Atribuciones y responsabilidades del Director General: *"c) Emitir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia"*;



Que, mediante Informe N°53-2024-GRA/GRS/HG-OGCS-J la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar el "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital III Goyeneche-2024" revisado y aprobado por el "Comité de Acreditación y Autoevaluación de los macroprocesos correspondiente al Hospital III Goyeneche", con el fin de que se dé el trámite respectivo para aprobación mediante acto resolutivo;



Que, mediante proveído inserto en el Informe N°53-2024-GRA/GRS/HG-OGCS-J, suscrito por la Dirección General del Hospital III Goyeneche, se dispone: proyectar el acto resolutivo que corresponde para aprobar el **"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ-2024"**; por lo que corresponde la proyección del mismo;



De conformidad con lo dispuesto Ley 26842- Ley General de la Salud, Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General y su TUO aprobado mediante Decreto Supremo N°004-2019-JUS; Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales N° 27867 y sus modificatorias, Ley 27902, Ley N° 30281; Ley N° 27902, Ley N° 31084 y en uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Gerencial Regional N° 1164-2016-GRA/GRS/GR-OAL.; y

Estando a lo dispuesto por la Dirección General y con la visación del Director de la Oficina Ejecutiva de Administración y la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR el **"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ-2024"**, que se adjunta a la presente, consistente en doce (12) folios y que forman parte integrante de la presente resolución.-----

ARTICULO SEGUNDO. - ENCARGAR al "Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación de los Macroprocesos correspondiente al Hospital III Goyeneche" la ejecución de las

acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación, supervisión y responsabilidad del cumplimiento del presente Plan de Autoevaluación para la acreditación del hospital. -----

ARTICULO TERCERO. - NOTIFICAR la presente resolución al Equipo de Evaluadores Internos para el Proceso de Autoevaluación de los Macroprocesos correspondiente al Hospital III Goyeneche, a la Oficina de Epidemiología y a las instancias pertinentes para los fines correspondientes en la forma y plazo que señala la ley.-----

Dada en la sede del Hospital III Goyeneche Arequipa a los 23 días del mes de Mayo del año 2024.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

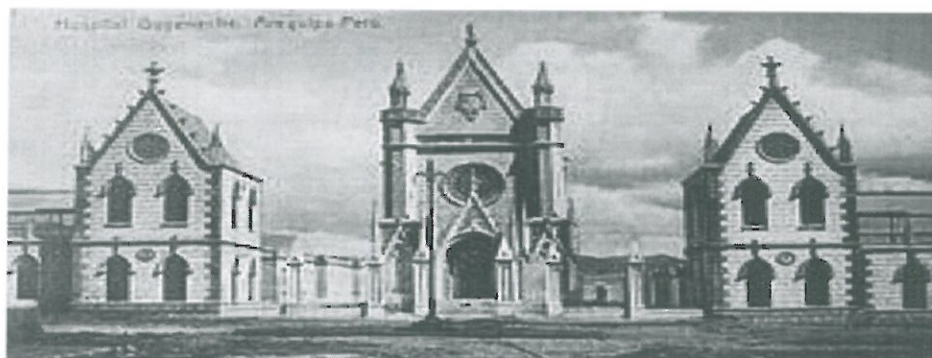
GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

.....
Dr. Paul Quinde Alarcón
DIRECTOR
CMP. 37666

PHQA/CEChZ/MPBO/jmsm.



“PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – 2024”



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	8
XI. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS	9
XII. RECURSOS	11
XIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	11





"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – 2024"

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, sin embargo no se ha podido alcanzar el objetivo de brindar al usuario una atención de calidad en el sector salud y lo que se logra hacer no es sostenible en el tiempo, asimismo 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 se 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, siendo una de estas la Acreditación la misma que se viene realizando todos los años 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



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

A la actualidad el Hospital Goyeneche es categorizado al nivel III, el mismo que cada año viene desarrollando la Autoevaluación en conjunto con el Comité de Acreditación y el Equipo de Evaluadores Internos, que son 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 GOYENECHÉ-2024" en el que se desarrollaran 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 que permita una mayor satisfacción a los usuarios llegando a construir una cultura de

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

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 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 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

- ❖ Determinar las Áreas Susceptibles y los nudos críticos para ejecutar proyectos de mejora continua de la calidad.
- ❖ 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° 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° 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, 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 evalúa.

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

ACTIVIDAD	RESPONSABLE		MESES											
		FEBR.	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	X											
Coordinación con la Dirección General y jefes de Dptos, y oficinas para la Conformación Del Equipo de Evaluadores Internos.	Dirección Oficina de Gestión de la Jefes de Dptos. Oficinas. Ofic. De gestión de la Calidad en Salud.		X											
Oficialización del Comité de Acreditación con R.D.	Dirección General Oficina de RR.HH Oficina de Gestión de la Calidad.		X											
Oficialización del equipo de Evaluadores internos con R.D	Dirección General Oficina de RR.HH			X										
Reunión el Equipo de Evaluadores Internos Elaboración del Plan de Autoevaluación Presentación del plan a Dirección	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								
Reunión con el Equipo de Acreditación y responsables de Equipo de Evaluadores Internos Revisión de los instrumentos para la autoevaluación	Jefatura de gestión de calidad ,comité de acreditación y el Equipo de evaluadores internos.						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 Autoevaluadores, Internos									X				
Inicio de Autoevaluación y seguimiento	Dirección General Equipo de gestión Comité de Acreditación y Autoevaluación Equipo de evaluadores internos Oficina de Gestión de la Calidad en Salud								X	X			
Consolidación de los informes	Evaluadores internos y evaluadores líder										X		
Procesamiento de datos Análisis de los resultados	Equipo de Acreditación Evaluadores internos										X	X	
Reunión de cierre del proceso de la Autoevaluación.												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	
Difusión de los resultados a los jefes de Dptos. servicios y oficinas	Dirección general Oficina de Gestión de la Calidad											X	
Elaboración de informe y presentación a la dirección.	Evaluadores líder y equipo de acreditación.											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

Conformación del “EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS MACROPROCESOS, CORRESPONDIENTES AL HOSPITAL III GOYENECHÉ AÑO 2024” Aprobado con R.D. N°- 2024 GRA/GRS/DG-HG - OP

1. Macroproceso 01 Direccionamiento (DIR)

Responsable de Equipo: Dr. José Carlos Tanco Urday
Subdirector del Hospital III Goyeneche

Integrantes : Dra. Yesica Zevallos Molleda
Lic. Mirla Bernedo Ordoñez

2. Macroproceso 02 Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Sra. Srta. Miriam Sandra Morales Pinazo

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

3. Macroproceso 03 Gestión de la Calidad (GCA)

Responsable de Equipo :Dra. Yesica Zevallos Molleda.

Integrantes : Lic. Yeannette María Gosme Contreras

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

Responsable de Equipo :Dr. Roy Marcelino Espinoza Acero.

Integrantes :Dra. Gabriela Zavaleta Vargas.

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

Responsable de Equipo : Dr. Oswaldo Alex Orihuela Paz

Integrantes : Dr. Ramiro Pérez Guzmán.

Integrantes : Lic. Paola Amelia Quispe Apaza

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

Responsable de Equipo : Dr. Manuel Mauro Carbajal Guzmán.

Integrantes : Lic. Mirla Bernedo Ordoñez

Dr. Harol Neptalí Pérez Zea

7. Macroproceso 07 Atención – Ambulatoria (ATA)

Responsable de Equipo : Dr. Manuel Mauro Carbajal Guzmán.

Integrantes : Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.

Ing. Harieth Maressa Bernedo Cordova

8. 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. Paul Henry Pinto Reynoso - Dpto. de Oncología

Dra. Noemí Angélica Condori Morales Dpto. Pediatría

9. Macroproceso 10 Atención de Emergencia (EME)

Responsable de Equipo: Dr. Oswaldo Orihuela Paz

Integrantes : Dr. Ramiro Pérez Guzmán.

Lic. Mariela Lizbeth Peralta Begazo

10. Macroproceso 11 Atención Quirúrgica (ATQ)

Responsable de Equipo: Dra. María Soledad Sotomayor Cabrera- Dpto. de Anestes. y C.Q.

Integrantes :Dra. Karelía Palomino Cisneros Dpto. de Anestesiología y C.Q.

Dr. Percy Manrique García - Dpto. Cirugía

11 Macroproceso 12 Docencia e Investigación (DIV)

Responsable de Equipo : Dr. Hernán Castillo Tejada

Integrantes : Dr. Alexander Cruz Sotomayor

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

Responsable de Equipo: Q.F. Patricia Roxana Alvarado Huallanco- Dpto. de Farmacia

Integrantes :Dra. Miluska Carolina Candia Medina- Serv. de Patología Clínica

:Dra. Katherine Valcarcel Angulo - Serv. de Anatomía Patológica

13. Macroproceso 14 Admisión y Alta (ADA)

Responsable de Equipo: TAP Harieth Maressa Bernedo Cordova

Integrante : TAP Luis Aramayo Husnayo

Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.

14. Macroproceso 15 Referencia y Contrareferencia (RCR)

Responsable de Equipo: Dra. Gabriela Zavaleta Vargas

Integrantes : Dr. Jarol Neptalí Pérez Zea

15. Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos (GMD)

Responsable de Equipo :Q.F. Giuliana Hinojosa Delgado



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

16. Macroproceso 17 Gestión de la Información (GIN)

Responsable de Equipo: TAP Harieth Maressa Bernedo Cordova-Of. De Est. e inform.
Integrantes : TAP Marco Antonio Ayala Fernández Of. de Est. e informática.
Lic. Edson Jair Mejía Vargas- RRPP y Comunicaciones

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

Responsable de Equipo: Lic. Solange Vera Ojeda - Serv. Central de Esterilización
Integrantes : Lic. Diana Liliam Valencia Tapia – Ofic. de Epidemiología
Sr. Oswaldo Gonzales Chang – Ofic. Salud Ambiental

18. Macro proceso 19 Manejo de Riesgo Social (MRS)

Responsable de Equipo: Lic. Myriam Gina Chura Moscoso - Dpto. de Servicio Social
Integrantes : Lic. Delia M. Zapana Calcina - Dpto. de Servicio Social
Lic. Mirian Lajo Fierro - Dpto. de Servicio Social

19. Macro proceso 20 Nutrición y Dietética (NYD)

Responsable de Equipo : Lic. Gaby Huamani Zeballos - Dpto. Nutrición
Integrantes : Lic. María Victoria Escobedo Velásquez - Dpto. Nutrición

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

Responsable de Equipo: Lic. Gabriel Linarez Ramos
Integrantes : TAP. Aldrin Minaya Rivera
Q.F. Giuliana Hinojosa Delgado

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

Responsable de Equipo: Arq. María del Carmen Ponce Esquivias
Integrantes : Ing. Silvia Kathia Bueno Tuero.

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 para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud.

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- MINS/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.



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
Dra. Norma A. Condori Morales
MEDICO PEDIATRA
CMP. 21181 RNE. 18320

[Signature]
Harish Bernardo Colloca

[Signature]
PAUL PINTO
REINOSO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
DRA. KARELIA PALOMINO CISNEROS
CMP. 54924 - RNE. 36919
MEDICO ANESTESIOLOGO

[Signature]
Servicio Salud

[Signature]
Lic. Veronica Quispecharo
cep. 63923

[Signature]
Do Peng Lian Yu Gong
CMP 25094 / 12 NOV 1980

[Signature]
Luis Aramayo Alvarado
OFC de estadística

[Signature]
Dra. Katherine L. Valcarcel Angulo
Médico Anatómo Patólogo
CMP 73850 RNE 040565

[Signature]
Mojda P. Pantoja
Jef. EMF. EM6

[Signature]
MEDICO AUDITOR.
CMP. 73128.

[Signature]
Lic. Eddy Huamani ZBAS405
CMP 3462

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
Dr. Harold Nolasco Perez Zea
Jefe Unidad de Referencia
Control Referencia y SOAP
CMP N° 69928

[Signature]
Jef. Colección



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
Lic. Gabriel Linares Ramos
JEFE DE LA OFICINA DE LOGISTICA

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
Dra. Yessica Zoratti Amada
CMP. 38374 - RNE. 25134
JEFE DE OF. DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

[Signature]
Central Estudiantes
CEP 54183

[Signature]
ING. SILVIA BUENO
CIP 214870

[Signature]
OF. Gislana Hingosa
CARP 09012

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
Dr. Ray A. Espinoza Acero
MEDICO ASISTENTE
DE EPIDEMIOLOGIA - CMP. 39646