



“PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ – 2022”



AREQUIPA – PERÚ

2022

Elaborado por:

Coord. Lucero Magali Huamaní Choque.

Coordinadora de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.

Revisado por:

Dra. Yesica Zevallos Molleda.

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ
Dra. Yesica Zevallos Molleda
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	JUSTIFICACIÓN	5
III.	FINALIDAD	5
IV.	OBJETIVOS	5
	A. Objetivo General	5
	B. Objetivos Específicos	6
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
VI.	BASE LEGAL	6
VII.	DISPOSICIONES GENERALES	7
	A. PRINCIPIOS	7
	B. DEFINICIONES OPERATIVAS	8
VIII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	10
	A. FASES DE LA ACREDITACIÓN	10
	B. RESULTADOS DE LE EVALUACIÓN	10
IX.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	11
X.	RECOPILACIÓN DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN	11
XI.	COORDINACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PLAN DE TRABAJO	11
XII.	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	12
XIII.	ELABORACIÓN DE INFORME TÉCNICO	12
XIV.	ELABORACIÓN DE PROYECTOS	12
XV.	EVALUADORES INTERNOS	12
XVI.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	16
XVII.	RECURSOS	16
XVIII.	PRESUPUESTO	17
XIX.	ANEXOS	18
XX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Dra. Yessica Aguilar Molleda
CMP 38374 - F.N. 25131
JEFE DE OF. DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHE - 2022"

I. INTRODUCCIÓN

El sistema de Gestión de la Calidad (SGC) es un principio básico que constantemente es 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 brindada a los usuarios con la finalidad de satisfacer las expectativas además de minimizar los riesgos en las prestación de servicios que brindados 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 Nº 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



12

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 todos estos años viene desarrollando la Autoevaluación en conjunto, el Comité de Acreditación y Evaluadores Internos los cuales son oficializados mediante acto resolutivo desempeñan una gran labor en la ejecución de las actividades obteniendo resultados que si bien muestran un gran nivel de 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 - 2022" en el que se desarrollaran las 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 necesaria como todos los años la implementación de la Autoevaluación en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, donde damos 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 nuestra institución así mismo cumpliendo con estándares de calidad aceptables.

En el presente año se conformó debidamente el Comité de Acreditación los cuales junto al Equipo de Evaluadores serán capacitados acorde a 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, en nuestro hospital de acuerdo a la Norma Técnica 050-MINSA/DGSP-V.02 para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



III. FINALIDAD

Contribuir a garantizar a nuestros usuarios atención de calidad en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo a mitigar efectos y mejorando el sistema de gestión de calidad mediante procesos y normas establecidas, apostando a desarrollar un conjunto de capacidades para fortalecer el sistemas de salud garantizando un ejercicio pleno del derecho a la salud actuando sobre factores de riesgo y los determinantes sociales que tiene un efecto en la salud de la población, enmarcados sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General

- ❖ Desarrollar satisfactoriamente el proceso de Autoevaluación en el Hospital III Goyeneche mediante la

15

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.
- ❖ Contar con nuestro Equipo de Evaluadores idóneamente calificados para el desarrollo de las actividades inherentes a la Autoevaluación.
- ❖ Ejecutar la Autoevaluación según criterios y demás estándares establecidos en función a la normatividad.
- ❖ Lograr que la Dirección General, Jefes de Departamentos, Oficinas, Servicios y demás Unidades pertenecientes a nuestro Hospital sean partícipes del proceso además de sensibilizarse y colaboren en el proceso de Autoevaluación.
- ❖ Analizar los resultados obtenidos y elaborar los proyectos de inversión e intervención en relación a los estándares no alcanzados como óptimos en el proceso de Autoevaluación.
- ❖ Remitir el Informe Final a las instancias correspondientes.



V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de ámbito de aplicación en todas las Unidades Orgánicas y Funcionales pertenecientes al Hospital III Goyeneche.

VI. 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.



VII. DISPOSICIONES GENERALES

A. PRINCIPIOS

El proceso de acreditación se orientará por los siguientes principios:

- a) **Universalidad:** La acreditación es un proceso en el cual el total de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.
- b) **Unidad:** La acreditación es un proceso único en el país definido por el nivel nacional y se maneja por los distintos

niveles de Autoridad Sanitaria según competencias y funciones.

- c) **Gradualidad:** El modelo para la acreditación debe someterse a ajustes periódicos que expresen una adecuada interrelación entre los diversos agentes del sistema de salud y orientarse hacia niveles de mayor exigencia que mejoren la imparcialidad y autonomía del proceso.
- d) **Confidencialidad:** La información del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo a la que tiene acceso el equipo evaluador es de absoluta reserva y será de dominio público la decisión final de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.



B. DEFINICIONES OPERATIVAS

- a) **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.
- b) **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.
- c) **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

- d) **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del 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 Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- e) **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- f) **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.
- g) **Evaluación externa:** Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.
- h) **Eventos adversos en salud:** Lesión, complicación, incidente o un resultado inesperado, e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- i) **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.
- j) **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 del



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

VIII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

A. FASES DE LA ACREDITACIÓN

a) Autoevaluación:

Inicio del proceso, a cargo de un equipo de evaluadores internos, el cual se conforma mediante un proceso de selección.

- ❖ La fase de autoevaluación se realizará mínimo una vez al año.
- ❖ Los establecimientos de salud, públicos y privados podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año, con la finalidad de verificar el cumplimiento de las recomendaciones del Informe Técnico de Autoevaluación y lograr el nivel aprobatorio mínimo para poder someterse a una evaluación externa.

b) Evaluación Externa: Proceso de evaluación, a cargo de un equipo de evaluadores externos.

- ❖ La evaluación externa es de carácter voluntario y deberá ser realizada en un plazo posterior no mayor a doce meses desde la última autoevaluación con calificación aprobatoria.

B. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

a) Los resultados de la evaluación para la acreditación se calificarán como sigue:

- ❖ **Acreditado:** calificación igual o mayor a 85% del cumplimiento de los estándares.



- ❖ **No acreditado:** menos de 85% del cumplimiento de los estándares.

IX. 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 nos 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 evidencia y calificar los criterios de evaluación.

En cada visita se hará el despliegue de las técnicas de evaluación las cuales son: observación, verificación, encuestas, entrevistas, muestreo y auditoria.

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

X. RECOPIACIÓN DE DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN

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

XI. 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.

XII. 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.

XIII. 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.

XIV. 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.



XV. EVALUADORES INTERNOS

Conformación del "Equipo de Evaluadores Internos de Acreditación para el proceso de Autoevaluación de Macroprocesos perteneciente al Hospital III Goyeneche - 2022"

1. Macroproceso 01 Direccionamiento (DIR)

Jefe de Equipo: Dr. Wilfredo Gutiérrez Zarate
(Director General del Hospital III Goyeneche)

Integrantes: Dr. Arnaldo Agapito Sánchez Tejada
(Director Adjunto del Hospital III Goyeneche)
Econ. Luis Guillermo Rodríguez Soto

2. Macroproceso 02 Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Jefe de Equipo: Abog. Luis Enrique Pérez Ayala

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

3. Macroproceso 03 Gestión de la Calidad (GCA)

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

Integrantes: Lic. Juana Rosario Rodríguez Rivera.
Coord. Lucero Magali Huamaní Choque.

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

Jefe de Equipo: Dr. Roy Marcelino Espinoza Acero.

Integrantes: Lic. Juana Rosario Rodríguez Rivera.
Dra. Yilma Nalbina Butrón Rodríguez.

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

Jefe de Equipo: Dr. Ramiro Pérez Guzmán.

Integrantes: Dr. Marlon Alexis Pacheco Jaén.
Lic. Rosmery Rodríguez Luque.

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

Jefe de Equipo: Dr. Manuel Mauro Carbajal Guzmán.

Integrantes: Econ. Luis Guillermo Rodríguez Soto
Dra. Janeth Rocío Salcedo Salas

7. Macroproceso 07 Atención -Ambulatoria (ATA)

Jefe de Equipo: Lic. Verónica del Rosario Quispe Charaja.



Integrantes: Ing. Luis Alberto Huaranca Pardo
Dra. Zaida Quiroz Romero

8. Macroproceso 09 Atención de Hospitalización (ATH)

Jefe de Equipo: Dr. José Guillermo Velarde Paredes
Integrantes: Dra. Mayza Karim Yvonne Torres Silloca
Dr. Ernesto Vargas Quezada
Dr. Luis Antonio Aubert Rodríguez

9. Macroproceso 10 Atención de Emergencia (EME)

Jefe de Equipo: Dr. Ramiro Pérez Guzmán.
Integrantes: Dr. Marlon Alexis Pacheco Jaén
Lic. Rosmery Rodríguez Luque.

10. Macroproceso 11 Atención Quirúrgica (ATQ)

Jefe de Equipo: Dra. Mirta Nélica Oporto Vargas
Integrantes: Dr. Marco Antonio Madueño Mejía
Lic. Yanira Adaia López Sana.

11. Macroproceso 12 Docencia e Investigación (DIV)

Jefe de Equipo: Lic. Luz Betty Borja Peña
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. Yesica Zevallos Molleda (Dpto. de Patología)
Integrantes: Dra. Mayra Manchego de la Cruz.
Dr. Elvis Alarcón Valdivia.
Q.F. Patricia Alvarado Huallanco.

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. Jhon Guillermo Ojeda Rodríguez
Dra. Janeth Rocío Salcedo Salas

15. Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos (GMD)

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



Integrantes: Dra. Yilma Nolibina 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.
Sra. Rosa América Quispe Goycochea.

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. Hilda Natividad Cabrera Álvarez

Integrantes: A.S. Marilyn Perettel Sanchez
Lic. Yanira Adaia López Sana.

19. Macroproceso 20 Nutrición y Dietética (NYD)

Jefe de Equipo: Nut. Natty Albina Valdivia Rodríguez

Integrantes: Nut. María Victoria Escobedo Velásquez
Lic. Edith Ponze Achata

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

Jefe de Equipo: Lic. Raúl Eduardo Mendoza Miranda

Integrantes: Sr. Eron Villasante Paredes
Q.F. Patricia Alvarado Huallanco

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

Jefe de Equipo: Lic. Wilfredo Enríquez Barreda Mosquera

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



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ
Dr. Y. P. ...
CNP 3857 ...
JEFE DE OFICINA DE GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA

XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESPONSABLE	MESES				
				JULIO	AGOST	OCT	NOV	DIC
Conformación de Comité de Acreditación y autoevaluación	01 Comité	Se cuenta con Acto resolutivo o documento oficial de conformación de Equipo de Acreditación.	Dirección Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.		x			
Conformación del Equipo de Evaluadores Internos.	01 Equipo	Se cuenta con Acto resolutivo o documento oficial de conformación de Equipo de Evaluadores Internos.	Dirección Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.	x	x			
Elaboración del Plan de Autoevaluación	01 Plan	El Hospital cuenta con Plan de Autoevaluación del 2022, según pautas y esquema preestablecido en la Guía del Evaluador y aprobado.	Comité de Acreditación y Autoevaluación Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.	x				
Aprobación del plan con Resolución Directoral	01 documento	Se cuenta con Acto resolutivo de aprobación del plan de autoevaluación del año 2022.	Dirección del Hospital Goyeneche, Oficina de Gestión de la Calidad en Salud. Oficina de recursos humanos	x				
Inicio de Autoevaluación y seguimiento	Ejecución de la Autoevaluación	Documento Oficial de comunicación de Inicio de Autoevaluación.	Dirección General Equipo de gestión Comité de Acreditación y Autoevaluación Equipo de evaluadores Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.		x	x	x	
Informe Técnico Final de Autoevaluación	01 Informe.	Informe Técnico de Autoevaluación 2022 que adjunta reporte de resultados del Aplicativo para la Acreditación.	Comité de Acreditación y Autoevaluación Equipo de evaluadores y Oficina de Gestión de la Calidad en Salud.					x

U

a. Humanos:

a. Humanos:

b. Materiales:

b. Materiales:



XVIII. PRESUPUESTO:

Nº	Cantidad	Descripción	Presupuesto
01	06 paq./ 500	Hojas bond de 75gr. A-4	96.00
02	1/2ciento	Fólderes manila A4	12.50
03	1/2 ciento	Lapiceros	50.00
04	1/2 ciento	Micas para fotocheck	30.00
05	1/2 ciento	Fastener	6.50
06	60	Anillados de normas técnicas	300.00
07	600	Impresiones	60.00
08	20 juegos	Fotocopias anillados,250c/u	400.00
09	1/2ciento	Lápices	40.00
10	02	Archivadores de palanca	16.00
11	02	Banner	200.00
12	200	Descartables (vasos,platos cucharas bolsas servilletas)	40.00
13	100	Refrigerios o breck para evaluadores internos	500.00
14	25	Tableros acrílicos u otro	150.00
15	24	Art. cinta masKing tape,embalaje.corrector, resaltadores, grapas, otros	200.00
16	200	Trifoliados ,trípticos otros	80.00
Total			2181.00

XIX. Anexos:

Hoja de Registro de datos para la Autoevaluación según Guía técnica del Evaluador

Hoja de registro de datos para la evaluación externa según Guía técnica del evaluador

Hoja de recomendaciones según Guía Técnica del evaluador.

XX. 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 DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE GOYENECHE
Dra. Yeisson
C.M.P. 00015
JEFE DE DEPARTAMENTO DE SALUD EN SALUD