

Sicuni, 24 de noviembre del 2023

OFICIO N° 1214 -2023-GRCUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGSC/DAIS/DE.

DR. ERNESTO CHOQUEHUAYTA MORALES
GERENTE REGIONAL DE SALUD CUSCO
Av. La Cultura N° 147 – Cusco.

Presente. -

ASUNTO : ELEVA INFORME TECNICO FINAL DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - 2023 DEL AMBITO DE LA U.E. 401 RSSCCE.

ATENCION : DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD, GERESA - CUSCO.

REFERENCIA : INFORME N° 1941 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DAIS.

Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y remitir el Informe N° 1941 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DAIS., envió de Informe Técnico Final del PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD -2023 aplicado en los 48 IPRESS de la U.E. 401 RSSCCE. Cabe mencionar que al presente documento se adjunta, informes emitidos por las seis Microrredes:

- Informe N° 0650 - 2023-G.R.CUSCO-RSCCE-M.R.YAURI (90 folios)
- Informe N° 566- 2023-G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401SCCE/M.R.T.O. (93 folios)
- Informe N° 293/GR-CUSCO/U.E401RSCCE/MRY.2023. (92 folios)
- Informe N° 00522-2023-GRSC/RSSCCE/JMRPP. (109 folios)
- Informe N° 269-GR. CUSCO/MRC/JUGPHYG-2023. (84 folios)
- Informe N° 207-CUSCO/DRSC/RSCCE/MR ED - 23. (64 folios)
- Informe N° 1941- 2023.G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DAIS. (134 folios)

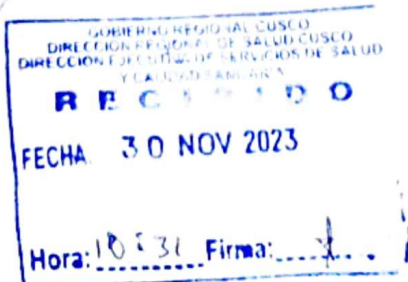
Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de estima personal.

Atentamente



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Honorio Municipal Mercado
DIRECTOR EJECUTIVO
C.A.P. 09863



INFORME N° 1941 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE/DAIS.

A : M.C. Hurleey Montufar Mercado
DIRECTOR DE LA U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR.

ASUNTO : Remito Informe Tecnico Final del Proceso de Autoevaluación para Acreditación de Establecimientos de Salud – 2023, en el Ámbito de la U.E.401 RSSCCE

REFERENCIA : Informe N° 163 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE/OGCS.

ATENCION : Gerencia Regional De Salud Cusco - Dirección de Gestión de Calidad en Salud..

FECHA :Sicuani, 23 de noviembre del 2023



Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarla cordialmente y remitir el INFORME N° 163 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE/DAIS/OGCS., remito Informe Técnico Final del **PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD -2023**, aplicado en los 48 IPRESS del ámbito de la U.E.401 SCCE.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de estima personal.

Adjunto: Documento de referencia.

Atentamente



INFORME N° 163 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE/DAIS/OGCS.

A : Lic. Martha A. Ramos Sanchez
DIRECTORA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD.

ASUNTO : Remito Informe Tecnico Final del Proceso de Autoevaluación para Acreditación de Establecimientos de Salud – 2023, en el Ámbito de la U.E. 401 RSSCE.

ATENCION : Gerencia Regional De Salud Cusco - Dirección de Gestión de Calidad en Salud.

FECHA : Sicuani 23 de noviembre del 2023

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y mediante el presente poner en conocimiento, que, en cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA., que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y mediante la coordinación de Gestión de la Calidad, se llevó a cabo el proceso de autoevaluación en las 48 IPRESS del primer nivel de atención del ámbito de la U.E. 401 SCCE.

En tal sentido se remite el Informe Técnico Final del **PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD -2023** de la U.E 401 RSSCE.

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi estima personal

Atentamente



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 SALUD C.C.E.
Obst. Haydee A. Ramos Zanabria
COP: 5632
COORDINADORA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD



GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD INFORME TECNICO FINAL DE AUTOEVALUACIÓN

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR



2023

M.C. HURLEEY MONTUFAR MERCADO
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 RSSCCE

LIC. MARTHA ALICIA RAMOS SANCHEZ
DIRECTORA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE UE 401 – SCCE

OBST. HAYDEE A. RAMOS ZANABRIA
COORDINADORA DE GESTION DE LA CALIDAD UE 401 - SCCE



Sicvani – 2023

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. ALCANCE.....	4
III. OBJETIVO.....	5
IV. BASE LEGAL.....	5
V. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACIÓN	6
VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN	7
VII. RECURSOS E INSTRUMENTOS.....	7
VIII. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION.....	8
IX. CONCLUSIONES.....	17
X. RECOMENDACIONES GENERALES	17
XI. ANEXOS.....	19
ANEXO 01: OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES POR CADA MACROPROCESO	20
ANEXO 02: RESULTADOS SEMAFORIZADOS DE AUTOEVALUACION.....	45
ANEXO 03: CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE LA RSSCCE.....	99
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 206-2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.....	99
ANEXO 04: CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE MICRORREDES	102
RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 205-2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.....	102
ANEXO 05: RESOLUCION DIRECTORAL PLAN DE AUTOEVALUACION DE MICRORREDES...	106
ANEXO 06: DOCUMENTO DE COMUNICADO DE INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION	113
ANEXO 07: ACTA DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACION	116
ANEXO 08: FOTOS EVIDENCIAS.....	125



I. INTRODUCCIÓN

La calidad de salud requiere mencionar algunas definiciones, como por ejemplo Edwards Deming, padre de la gerencia de calidad total, define la calidad como: “Hacer lo correcto en forma correcta y de manera inmediato”¹. Por otro lado Avedis Donabedian, afirma que la calidad técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos (aspecto de control de la calidad: Estructura, proceso y Resultado)², y para la cooperación técnica de OPS (1998), la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas, tanto del usuario como de la comunidad y también del trabajador en salud, que presta sus servicios dentro del equipo de atención³.

En nuestro País, la Acreditación se inicia con la conformación de la Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales (1993), cuyo producto resaltante fue la aprobación, con una Resolución Ministerial, de la Guía y Manual para la Acreditación de Hospitales (1996).

En el año 2006 el País establece la implementación del sistema de gestión de la calidad, cuyo componente fundamental es la Garantía y Mejora, que comprende el Proceso de Acreditación de los servicios de Salud; en concordancia a ello el 2009 se aprueba las políticas de calidad donde se precisa que el proceso de acreditación responde a la Política N°07

La actualización o el replanteo del proceso de acreditación en el nuevo contexto Internacional y Nacional (cambios de escenario político, económico, social) especialmente a fines de la década de los 90 e inicios de los años 2000, donde se inicia la implementación del proceso de descentralización, y se precisa las funciones, facultades y roles explícitos para cada nivel de gobierno.

El 2007 el Ministerio de salud aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuya finalidad es “Contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definido” de aplicación en todo los establecimientos de salud de los sub sectores públicos, privados y mixtos en el ámbito Nacional.

A partir de la aprobación de la Norma técnica de acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, el País cuenta con cuatro Establecimientos de Salud Acreditados y la Gerencia Regional de Salud no cuenta con servicios de salud Acreditados, sin embargo, realiza acciones de difusión de la norma, mejora de capacidades y el desarrollo de la autoevaluación (evaluación interna) en el ámbito regional, sin haber desarrollado la segunda fase de Evaluación Externa hasta la fecha.

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener



¹ Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas, César Camisón Sonia Cruz Tomás González, pag 183 y 237 :<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/64db843c11c52aaf913a5322feafd3d8.pdf>

² Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Adalberto E. Llinás Delgado, <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a14.pdf>

³ La cooperación de la organización panamericana de la salud ante los procesos de reforma del sector salud, OPS, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/La-cooperacion_doc040.pdf?sequence=1

conocimiento del cumplimiento de estándares en la provisión de servicios de salud. La red de servicio de salud consiente de su responsabilidad como institución de brindar servicios de calidad enmarcados por la disposición de MINSA. Reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevara a la Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación. para dicho efecto a nivel de la U.E. 401 Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, se aplicó en la totalidad de IPRESS que cuentan con RENAES regular, que en suma fueron 51 establecimientos de salud de los 48, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con RENAES Centro Médico de Apoyo Señor de Pampacucho – y dos IPRESS que no fueron considerados en el aplicativo de Autoevaluación al ser establecimientos que tienen entre uno y dos años de creación (Centro de Salud Mental Comunitario Musuq Kausaw, y puesto de salud Ccochapata), siendo necesario mencionar que se aplicó el instrumento de autoevaluación, mas no serán considerados en la estadística por lo antes mencionado.

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 94% de la totalidad de Establecimientos de salud de la U.E. 401 RSCCE. El cumplimiento de los estándares en el primer nivel de atención -, está por debajo del 85% de cumplimiento de los estándares determinados por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

II. ALCANCE

El proceso de autoevaluación fue aplicado en los 48 establecimientos de salud de los órganos desconcentrados de la U.E. 401 Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, así como en sus respectivas unidades orgánicas de línea, asesor y de apoyo, que incluyen los estándares de acreditación según la categoría I-1, I-2, I-3 Y I-4.

Es necesario indicar que se aplicó el instrumento en el establecimiento de Ccochapata y Centro de Salud Mental Musuq Kausaw, sin embargo, no se considera en el presente informe, porque a la fecha en el aplicativo no se cuenta en el listado de relación de IPRESS desde el nivel nacional.

N°	MICRORRED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CATEGORIA
9	YANAOCA	HAMPATURA	I-1
		SURIMANA	I-1
		HUINCHIRI	I-2
		TUNGASUCA	I-2
		PONGOÑA	I-2
		TOCCOCCORI	I-2
		PAMPAMARCA	I-2
		QUEHUE	I-2
		YANAOCA	I-4
3	EL DESCANSO	CHITIBAMBA	I-1
		CHECCA	I-2
		EL DESCANSO	I-4
6	COMBAPATA	MOSOCLLACTA	I-1
		CHECACUPE	I-2
		CHIARA	I-2
		TINTA	I-3
		PITUMARCA	I-3
		COMBAPATA CANCHIS	I-4
9	TECHO OBRERO	HERCCA	I-1
		CONDEVILUYO	I-1
		CCUYO	I-1
		CHECTUYOC	I-1
		LANGUI	I-2
		OCCOBAMBA MARANGANI	I-2
		LAYO	I-3
		MARANGANI	I-3
		TECHO OBRERO	I-4
9	PAMPAPHALLA	UZCUPATA	I-1
		PHINAYA	I-1
		SAN PABLO CANCHIS	I-2



		SAN PEDRO CANCHIS	I-2
		QUEHUAR	I-2
		SANTA BARBARA	I-2
		LA FLORIDA	I-2
		CS MC SICUANI	I-2
		PAMPAPHALLA	I-3
13	YAURI	CONDOROMA	I-1
		SAN MIGUEL	I-1
		TINTAYA MARQUIRI	I-1
		PALLPATA	I-2
		OCCORURO	I-2
		URINSAYA	I-2
		SUYKUTAMBO	I-2
		ACCOCUNCA	I-2
		PICHIGUA ESPINAR	I-2
		MENTAL COMUNITARIO ESPINAR	I-2
		COPORAQUE	I-2
		HUAYHUAHUASI	I-2
		YAURI	I-4

III. OBJETIVO

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la U.E. 401 SCCE. Priorizado para el ejercicio fiscal 2023

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud”
- R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo”
- R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud”
- D.S. N° 021-2022-SA, que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023



V. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES DE LA AUTOEVALUACIÓN

Para la evaluación interna de la U.E. 401 Red de Salud Canas Canchis Espinar se desarrollaron las siguientes actividades:

5.1. CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE LA RSSCCE (Anexo 03)

Resolución Directoral N° 206-2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH, conforma el Equipo de Acreditación y evaluadores internos de la U.E. 401 RSSCCE.

5.2. CONFORMACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE MICRO REDES (Anexo 04)

Resolución Directoral N° 206-2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH, conforma el Equipo de Acreditación y evaluadores internos de Micro Redes de la U.E. 401 RSSCCE.

5.3. ELABORACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DE LAS SEIS MICRO REDES (Anexo 05)

- R.D. N° 254 - 2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud de la Micro Red Yauri.
- R.D. N° 256 - 2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud de la Micro Red Techo Obrero.
- R.D. N° 252 - 2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud de la Micro Red Yanaoca.
- R.D. N° 253 - 2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud de la Micro Red Pampaphalla.
- R.D. N° 255 - 2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud de la Micro Red Combapata.
- R.D. N° 251 - 2023 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud de la Micro Red El Descanso.

5.4. PRESENTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN AL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud, se realizó durante la visita a los EE.SS., (se adjunta informe de análisis de las Micro Redes por IPRESS)

5.5. COMUNICADO DEL INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION (Anexo 06)

- Mediante Oficio N° 796-2023 GR. CUSCO/GRSC/UE.401/SCCE/OGCS/DAIS/DE. Comunicado de inicio del proceso de autoevaluación para acreditación de IPRESS, 2023. 07 de julio del 2023

5.6. LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE AUTOEVALUACIÓN SE UTILIZO LAS TÉCNICAS:



- Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, informes, etc.)
- Observación directa de los procesos que requieran:
 - Entrevistas
 - Encuestas
 - Evaluación de registro de la Historia Clínica
 - El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes.

5.7. REUNION DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACION (ANEXO 07)

El cierre del proceso de Autoevaluación se realizó el 30 de octubre del presente año 2023, ambiente DAIS de la U.E. 401 SCCE.

5.8. CUMPLIMIENTO DEL PLAN

El plan de trabajo se inició con la primera fase: la Autoevaluación, donde se identificó las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades dando inicio a la implementación del proceso de mejora continua, así como mejorar las capacidades organizacionales y profesionales, por ende, brindar servicios de calidad para satisfacción de los usuarios internos y externos.

5.9. PRESENTACION DEL INFORME DE AUTOEVALUACION

Culminado el proceso de Autoevaluación, se digita los datos en el aplicativo para su respectivo proceso de obtención de los resultados finales.

5.10. SEGUIMIENTO E IMPLEMENTACION DE LAS RECOMENDACIONES

Se convocará a una reunión con las micro redes involucradas en cada Macroprocesos para socializar las recomendaciones.

VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

El cronograma de actividades del proceso de autoevaluación del año 2023 se llegó a cumplir con las diferentes actividades programadas en el plan de autoevaluación.

En la Microrred Yauri se reprogramo la autoevaluación en algunos establecimientos, por motivo de cambio de responsable de gestión de la calidad (responsable hasta setiembre, se cambió por parte de Gerencia Regional de Salud).

VII. RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Listado de estándares de acreditación categorías I-1, I-2, I-3 y I-4.
- Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados



VIII. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION

Gráfico N° 01

Resultados del desempeño de cumplimiento General
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2023



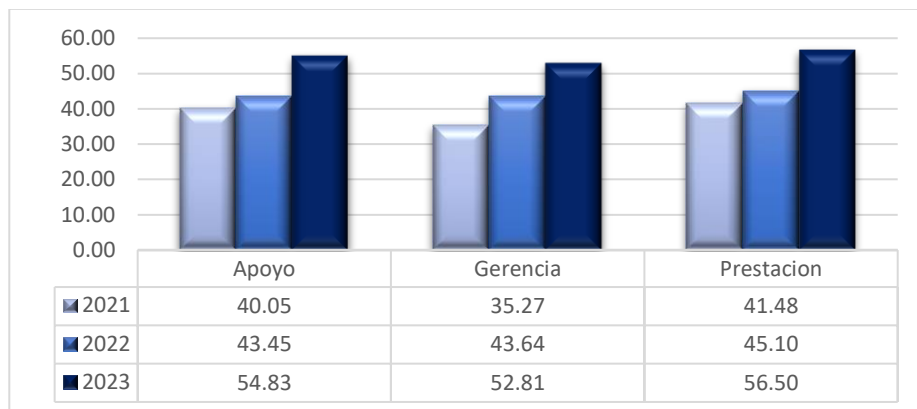
Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Interpretación: Como se observa en el gráfico 01 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 54.85% (NO aprobado), en relación al año 2022 se ha incrementado en 10.57 puntos. Según la NT Nro. 050-MINSA/DGSP-V.02. para obtener un puntaje aprobatorio el puntaje debe ser mayor o igual a 85% del cumplimiento del total de criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación.

También mencionar que hay tres Macroprocesos que no se evalúan en el primer nivel de atención, que son el Macroproceso 11 (Atención quirúrgica), 12(Docencia e Investigación) y 20 (Nutrición y Dietética).

Gráfico N° 02

Resultados del desempeño de cumplimiento a nivel de Categoría
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2023

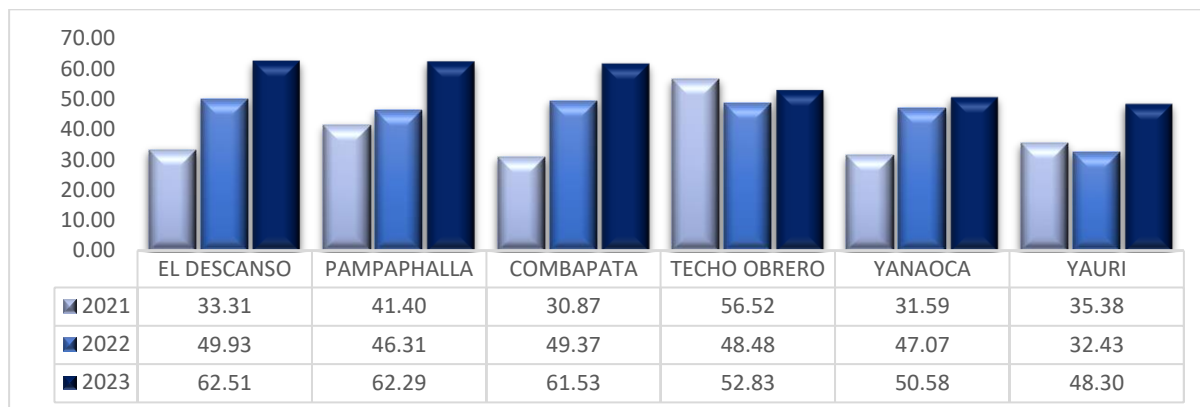


Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE



Interpretación: para el presente año 2023, en relación al año 2022 en los tres categorías hay ligero incremento, según cada uno de ellos Macroprocesos de Gerencia son los que tienen el nivel de cumplimiento más bajo se (52.81%) seguido de los Macroprocesos de apoyo (54.83%), siendo el de Prestación (56.50%) con mayor puntaje que están por debajo de 60% de aprobación por lo que se debe mejorar el nivel de cumplimiento ya que para ser una institución acreditada debe pasar más allá del 85% de cumplimiento de los estándares de acreditación.

Gráfico N° 03
Resultados del desempeño de cumplimiento por Micro Red
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2023

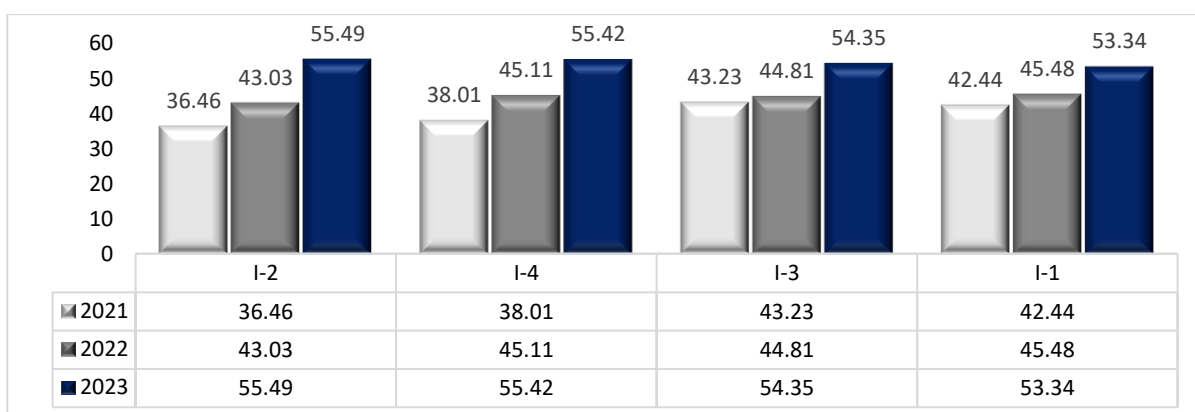


Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Interpretación: Se puede evidenciar en el presente gráfico, que son seis Microrredes, de los cuales el 83.3%, tienen un puntaje mayor de 50%, El Descanso tiene 62.51% que es el mayor porcentaje, y Yauri tienen 48.303%, con el menor puntaje, en comparación al año 2022, en el presente año ninguna Microrred ha disminuido su puntaje, el que mayor incremento presentó de Pampaphalla (16) y Yauri (15.9), seguido de descanso (12.6), Combapata (12.2), los que menos incremento presentaron son Techo Obrero (4.4) y Yanaoca (3.5). Lo que evidencia que existe debilidades a nivel de red en la implementación de los diferentes procesos de Gestión, prestación y apoyo, teniendo como consecuencia resultados inferiores a 85%, por lo tanto, se hace necesario contar con la participación activa del comité de acreditación y las autoridades sanitarias de la institución con la finalidad de tener un consenso general y proceder a la mejora de los procesos en los diferentes estándares y criterios observados en la presente autoevaluación realizada.



Gráfico N° 04
Resultados del desempeño de cumplimiento por Categoría de Establecimiento de Salud del I-1 al I-4
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2023



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Interpretación:

Se puede observar en el presente gráfico el resultado de autoevaluación del año 2023, según categoría I-1 al I-4, que en total son cuatro categorías, de los cuales 4 (100 %), tienen puntaje mayor de 50, según NT N° 050-MINSA/DGSP-V-02., para obtener un puntaje aprobatorio debe ser mayor o igual a 85%, del cumplimiento del total de criterios establecidos en el listado de estándares de acreditación, observado que

en general la calidad de atención no son los más adecuados, por lo tanto es necesario tomar acciones, con la finalidad de asegurar que cada organización tenga un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento continuo de la calidad.

TABLA N° 01

Resultado General de Medición del Desempeño de Autoevaluación. 2021 – 2023

IPRESS	2021	2022	2023	ESCAAL DE CUMPLIMIENTO
00002385-CHECACUPE	34.32	67.56	78.37	No aprobado - subsanar en 6 meses
00002394-SAN PABLO CANCHIS	45.92	46.74	76.18	No aprobado - subsanar en 6 meses
00002369-LANGUI	59.26	72.74	73.33	No aprobado - subsanar en 6 meses
00002366-CHECCA	42.32	49.49	72.54	No aprobado - subsanar en 6 meses
00002397-TINTA	29.17	42.18	71.87	No aprobado - subsanar en 6 meses
00002419-SUYKUTAMBO	33.86	56.26	69.52	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002396-SAN PEDRO CANCHIS	41.22	43.56	68.31	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002393-PHINAYA	36.78	43.61	66.65	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002381-QUEHUAR	43.44	43.98	65.99	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002380-TECHO OBRERO	62.94	48.38	64.46	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002376-TUNGASUCA	28.20	52.84	63.90	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002417-PICHIGUA ESPINAR	41.59	48.53	63.78	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002384-PAMPAPHALLA	47.03	57.62	62.02	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002367-CHITIBAMBA	20.78	46.72	61.16	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002320-MOSOLLACTA	25.48	60.15	60.93	No aprobado - subsanar en 9 meses
00006745-TINTAYA MARQUIRI	44.46	25.93	60.88	No aprobado - subsanar en 9 meses
00026387-MENTAL COMUNITARIO SICUANI		56.82	60.71	No aprobado - subsanar en 9 meses
00018241-HAMPATURA	50.84	32.96	60.63	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002392-PITUMARCA	34.44	52.62	60.55	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002390-CCUYO	60.81	60.21	59.91	No aprobado - subsanar en 9 meses
00007700-EL DESCANSO	34.21	51.59	57.90	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002410-YAURI	30.53	34.79	57.61	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002382-UZCUPATA	37.93	44.32	56.35	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002414-HUAYHUAHUASI	44.47	30.62	56.35	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002383-LA FLORIDA	38.14	38.81	56.27	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002387-CHIARA	26.07	38.64	53.02	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002373-QUEHUE	32.71	43.80	52.94	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002370-CONDEVILUYO	60.89	55.81	52.85	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002411-CONDOROMA	40.22	33.04	52.57	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002379-HERCCA	45.60	46.68	52.57	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002386-COMBAPATA CANCHIS	32.52	43.74	50.23	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002372-PAMPAMARCA	19.21	54.80	50.21	No aprobado - subsanar en 9 meses
00002371-LAYO	38.08	36.42	49.88	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002377-TOCCOCORI	23.67	59.81	49.03	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002395-SANTA BARBARA	36.84	35.17	48.01	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002365-PONGOÑA	31.34	46.79	47.48	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002388-MARANGANI	67.45	56.41	47.38	No aprobado - subsanar en 12 meses



00002375-SURIMANA	28.44	54.88	46.90	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002364-YANAOCA	29.87	47.03	46.90	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002412-COPORAQUE	22.88	35.48	46.78	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002413-URINSAYA	44.88	31.26	43.57	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002374-HUINCHIRI	43.88	33.67	40.11	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002389-CHECTUYOC	55.11	33.30	36.01	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002416-PALLPATA	31.34	23.61	34.42	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002418-SAN MIGUEL	44.43	26.75	33.26	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002391-OCCOBAMBA MARANGANI	55.75	28.75	30.99	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002415-OCCORURO	25.68	13.98	30.99	No aprobado - subsanar en 12 meses
00002420-ACCOCUNCA	28.03	29.34	28.23	No aprobado - subsanar en 12 meses

Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

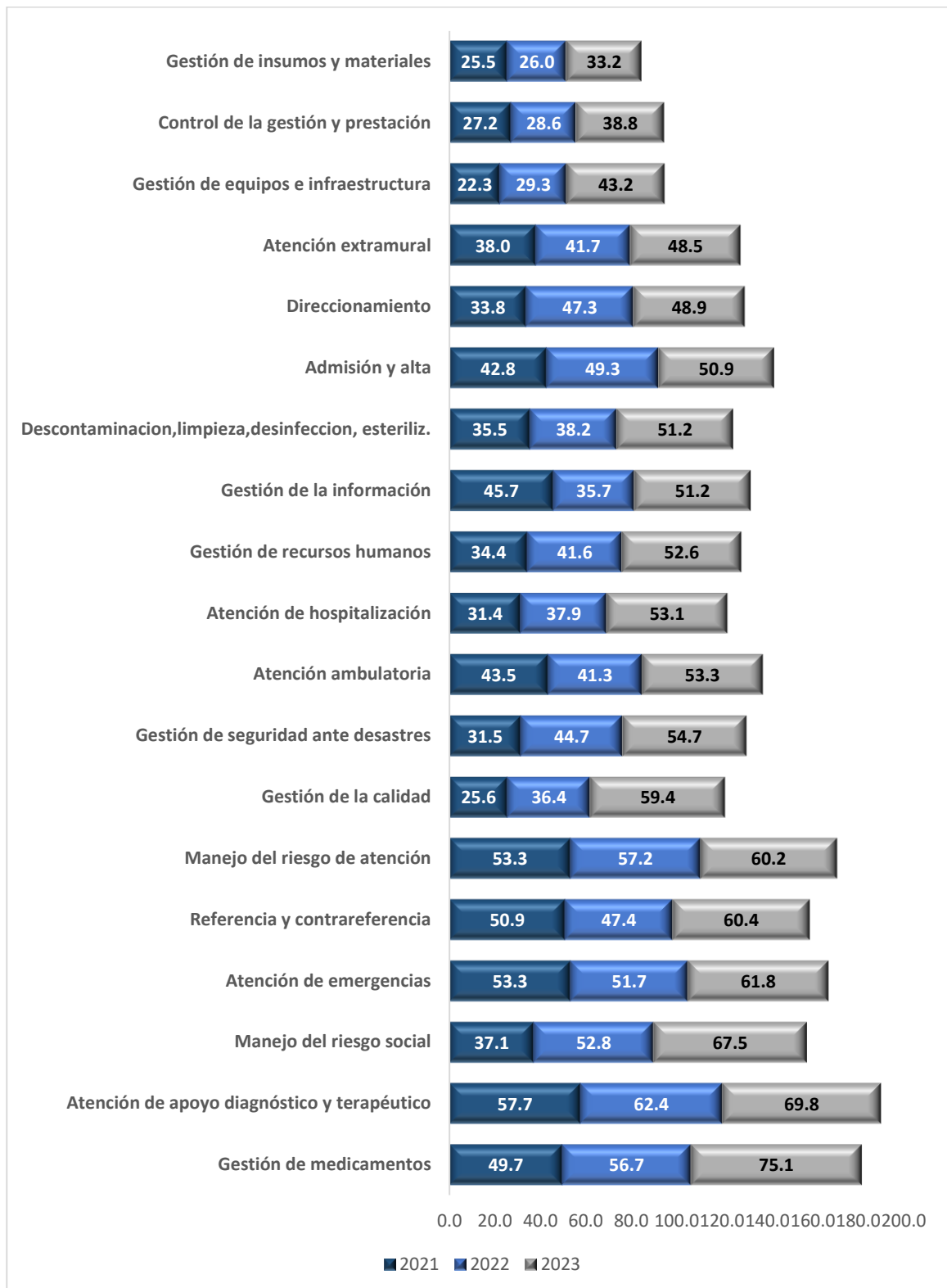
Interpretación:

Se observa en la presente tabla, en el año 2023, son cinco IPRESS que obtuvieron un puntaje superior a 70%; Checacupe (78.37), san pablo (76.18), Langui (73.33), Checca (72.54), Tinta (71.87), establecimientos a los cuales se deberá realizar un reconocimiento al esfuerzo del equipo que tuvo a bien organizarse según lo estipulado en la NTS N° 050.

Las cinco IPRESS que tuvieron menor desempeño son: Pallpata (34.42), San Miguel (33.26), Occobamba (30.99), Occoruro 3(0.99), Accocunca (28.23), Se evidencia que el estándar a alcanzar debe ser superior al 85%, por lo tanto, el proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en el en la Red de Servicios de salud Canas Canchis Espinar, por la Alta Dirección, Jefes de Microrred e IPRESS y por cada servicio y/o Unidad Orgánica de los establecimientos con el único fin de estar acreditarlos y ello significa garantizar una atención de calidad a nuestros usuarios.



Gráfico N° 05
Resultados del desempeño de cumplimiento según Macroprocesos.
 U.E. 401 SCCE. 2021 - 2023



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE



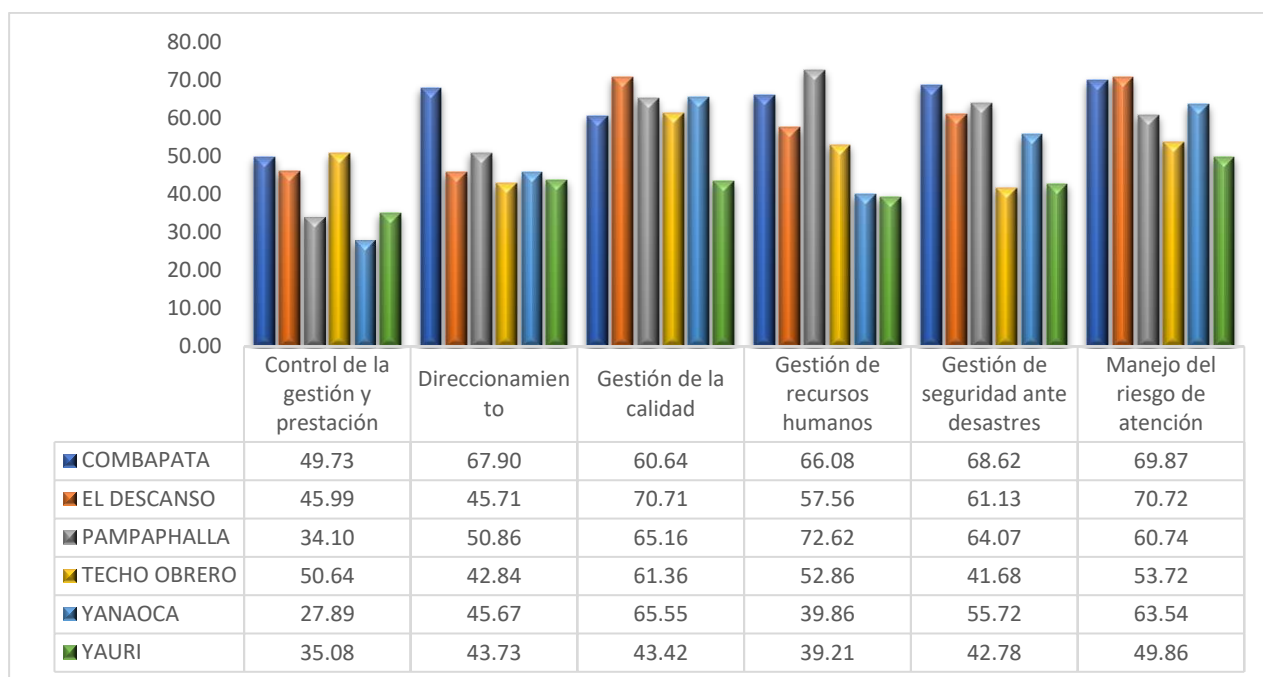
Se puede observar en el presente grafico el resultado de autoevaluación del año 2023, Los Macroprocesos con mejor desempeño se encuentra,

Gestión de medicamentos (75.14), Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico, (69.83), Manejo del riesgo social (67.45), Atención de emergencias (61.82), Referencia y contrareferencias (60.44).

Los Macroprocesos con menor desempeño son: Direccionamiento (48.90), Atención extramural (48.46), Gestión de equipos e infraestructura (43.22), Control de la gestión y prestación (38.83), Gestión de insumos y materiales (33.20)

Gráfico N° 06

**Resultados del desempeño de según categoría Gerenciales por Microrredes
U.E. 401 SCCE. 2021 – 2023**



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Macroproceso 1 Direccionamiento: el puntaje más bajo es en el año 2023 con 48.9%, siendo Combapata (67.90) y Pampaphalla (50.86) quienes presentan mejor desempeño, en relación a techo obrero (42.84) y Yauri (43.73) los que presentan un puntaje más bajo. Lo que evidencia que la organización se encuentra con dificultades en todas la IPRESS, motivo por el cual se tomara acciones con la finalidad de levantar observaciones, los documentos de gestión PEI, POI, Plan de trabajo, no se socializan y no es de conocimiento de todo el personal de salud;

Macroproceso 2 Gestión de Recursos Humanos se aprecia que en el año 2023 se encuentra con mayor puntaje, Pampaphalla (72.62) y Combapata (66.08) sin embargo Yanaoca (39.86) y Yauri (39.21). se debe coordinar con la unidad de gestión y desarrollo del potencial humano con la finalidad de levantar observaciones y mejorar los procesos en estos criterios. a la fecha no se tiene un documento oficial y actualizado de las funciones que cada trabajador tiene, el mismo actualmente se encuentra en proceso de confección, no se evalúa la productividad general, y el plan de capacitación de las ipress no contempla la inducción de todo personal de salud recién incorporado;

Macroproceso 3 Gestión de la calidad a dos Microrredes con porcentaje mayor desempeño El Descanso (70.71) y Combapata (60.64), y con menor puntaje es la Microrred Yauri (43.42). lo que significa que no está implementado gestión de la calidad en todo su contexto, teniendo como consecuencia el incumplimiento de los objetivos institucionales, no se cuenta con personal de salud capacitado para realizar



procesos de mejoramiento continuo de la calidad, se tiene ausencia de mecanismos para garantizar la privacidad de la atención, no se identifican barreras de acceso a los usuarios, no se realiza las encuestas de satisfacción del usuario interno, en ese contexto se hace necesario tomar acciones para levantar observaciones encontradas en el presente Macroproceso.

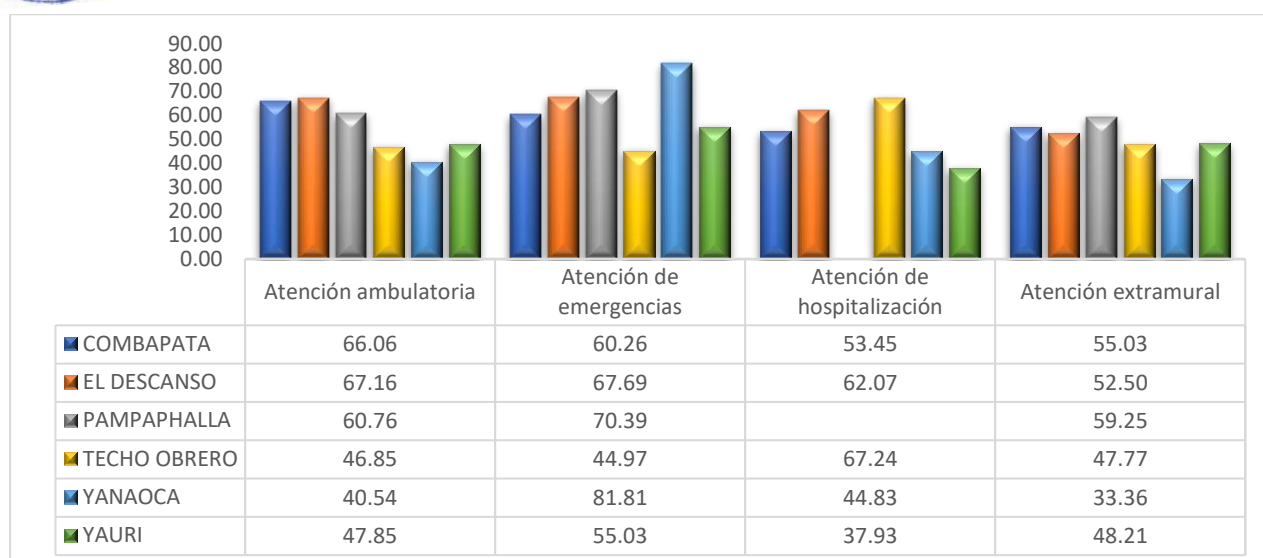
Macroproceso 4 Manejo del riesgo en la atención; en el presente Macroproceso se tiene un resultado de 5 Microrredes se encuentra por encima del 50%, siendo solo Yauri (49.86) la única con puntaje bajo, la mayoría de los establecimientos presentan mayor seguimiento a la prevención de riesgos de daños innecesarios, relacionados con la atención con la finalidad de tomar medidas más adecuadas para reducir los riesgos mitigar sus efectos, las microrredes con mejor desempeño son Combapata (69.87), el descanso (70.72), y con el menor desempeño son Yauri (49.86) y techo obrero (53.72), a la fecha se cuenta con normativa vigente “directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN- D.S. de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del riesgo en la atención en salud”. Cuyo objetivo de la implementación de las rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las IPRESS. Se observa escaso seguimiento de los eventos adversos ocurridos, manejo inmediato correspondiente en caso de accidentes punzocortantes. se evidencia que es necesaria la conformación de un comité de manejo del riesgo de la atención con la finalidad de realizar trabajo consensuado entre el área de Epidemiología, Saneamiento ambiental, Gestión de la Calidad y salud ocupacional

Macroproceso 5 Gestión de seguridad ante desastres la Microrred techo obrero (41.68) con el desempeño más seguido de Yauri (42.78) siendo el que menor avance representa en gestión de actividades de prevención ante cualquier desastre, con mejor organización y respuesta ante desastres; establecimientos de salud no cuentan con inspección técnica por defensa civil de los municipios distritales y/o provinciales, así mismo la señalización según categoría de ipress.

Macroproceso 6 Control de la Gestión y prestación, se observa que el 83.3% de IPRESS se encuentra por debajo de 50%. Se evidencia que solo techo obrero tiene un porcentaje por encima de 50%, los demás se encuentran por debajo de 50%. en ese sentido se priorizará acciones y planes de mejora. se observa que las IPRESS no cuentan con plan de auditoría, evaluación y supervisión, así como contar con personal fortalecido en los procesos indicados. Al comité de Auditoría historias clínicas de atención en Salud, no se realiza en todos los establecimientos, igual Rondas de Seguridad



Gráfico N° 07
Resultados del desempeño de según categoría Prestación por Microrredes
U.E. 401 SCCE. 2021 – 2023



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Macroproceso 7 Atención ambulatoria se encuentra Microrred Combapata (66.6), el descanso (67.16) y Pampaphalla (60.76) los que presentan mejor desempeño en relación a Yanaoca (40.54), techo obrero (46.85) y Yauri (47.85) los que se encuentra con puntajes menores del 50%. respecto a este ítem, podemos mencionar que existe dificultades en la organización para la prestación del servicio en consulta externa, la cartera de servicios en algunas IPRESS se encuentran desactualizadas o deterioradas, no se cuenta con políticas para reducir el número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria, en este estándar también se evidencia que la adherencia a GPC es escasa, la señalización no todas están visibles al usuario, respecto a atenciones como municipios, escuelas, comunidades y familias saludables no todas las IPRESS cuentan con información actualizada al momento de la evaluación. En tal sentido como estrategia para mejorar este Macroproceso se dará a conocer los resultados obtenidos a nivel de microrredes y la dirección de atención en salud de la U.E. 401 SCCE. Con la finalidad de tomar acciones para organizar el proceso de atención ambulatoria.

Macroproceso 8 Atención extramural de 6 Microrredes, 3 se encuentra por encima del 50%, Combapata (55.03), descanso (52.50), y Pampaphalla (59.25), con menor desempeño se encuentra Yanaoca (33.36), techo obrero (47.77) y Yauri (48.21); en este ítem se busca la intervención sanitaria oportuna y busca incrementar el acceso a los servicios de salud en función a las necesidades de la población, se evidencia que los cronograma de salidas extramurales no se cumplen todas, los espacios de comunicación masiva no siempre están siendo utilizadas en los diferentes ámbitos de las IPRESS, los agentes comunitarios de salud no están siendo capacitados en todos los establecimientos de salud, y no se cuenta con acciones para incrementar la cobertura de atención extramural.

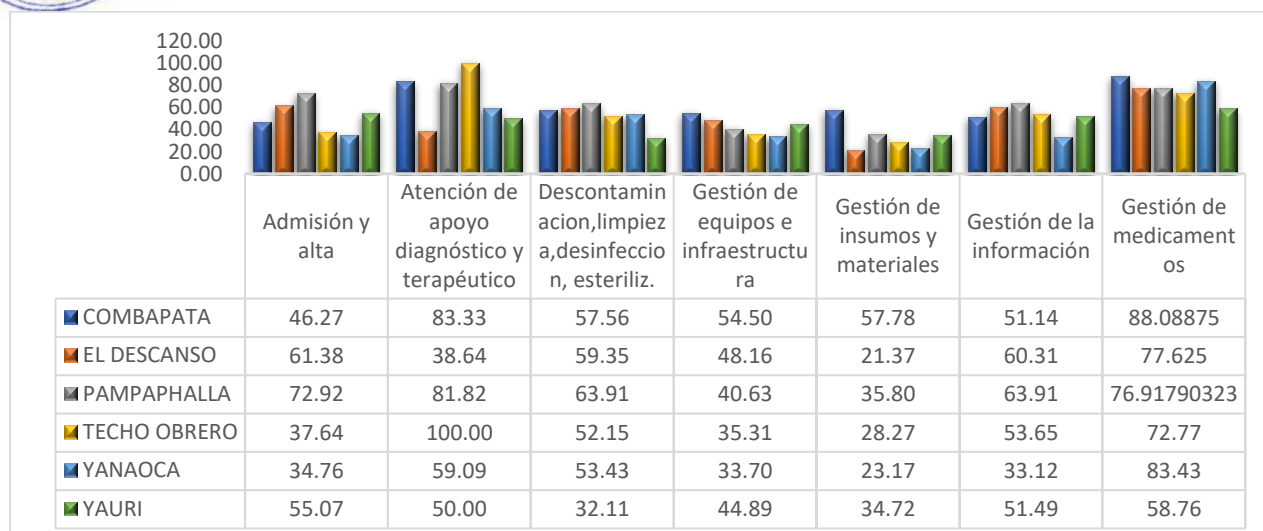
Macroproceso 9 Atención de Hospitalización Micro Red Pampaphalla la única Microrred que no cuenta con el servicio por ser categoría I-3, al verificar y analizar el avance Yauri (37.93) es quien presenta menor porcentaje, y techo obrero (67.24) con el mayor porcentaje de desempeño. brindar atención de internamiento para satisfacer las necesidades de la población, no identifican las 10 primeras causas de hospitalización, no existe monitores de adherencia a la normativa vigente.

Macroproceso 10 Atención de Emergencias, se observa que las 6 Microrredes 4 se encuentran con puntaje superior al 50%, Yanaoca (81.81), Pampaphalla (70.39), el descanso (67.89) y Combapata (60.26) y con menor desempeño, Techo obrero (44.97) y Yauri (55.03) Lo que nos debe llamar a la reflexión y coordinar con las diferentes unidades y tomar acciones que nos permitan mejorar estos criterios de evaluación. La capacidad de respuesta de los servicios de emergencia y minimizar los riesgos es necesario, por lo cual se debe analizar los 10 primeros motivos de atención, y monitorizar su cumplimiento, así mismo existe escaso socialización y fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal de salud en las mismas, así como garantizar la continuidad del cuidado del paciente.



Gráfico N° 08

Resultados del desempeño de según categoría Apoyo por Microrredes U.E. 401 SCCE. 2021 – 2023



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Estadística. RSCCE

Macroproceso 13 Atención de Apoyo diagnóstico y Terapéutico de 6 Microrredes, 3 se encuentran por encima del 50%, Techo Obrero (100), Combapata (83.33), Yauri (50.00) y que tienen bajo puntaje son Combapata (46.27), Techo Obrero (37.64), Yanaoca (34.76).; falta fortalecer al personal de salud en la adecuada toma de muestras o preparación para procedimientos, y falta estandarizar el periodo de entrega de las muestras a través de un documento (resolución directoral).

Macroproceso 14 Admisión y Alta se encuentra con desempeño mayor de 50%, Microrred Pampaphalla (72.92), El Descanso (61.38), Yauri (55.07), y con puntaje más bajo se encuentra el Combapata (46.27), Techo Obrero (37.64), Yanaoca (34.76). Se tiene deficiencias en el proceso de la devolución oportuna de las historias clínicas, no se cuenta con mecanismo de obtención y entrega de citas, y no se cuenta con personal capacitado para realizar actividades de admisión.

Macroproceso 15 Referencia y Contrarreferencia: se observa que de las 6 Microrredes 5 se encuentran con promedio mayor del 50%, El Descanso (68.13), Pampaphalla (66.30), Yanaoca (62.57), Techo Obrero (61.91), Yauri (58.93), y unos con puntaje menor, Combapata (44.41), se tiene dificultades para establecer mecanismos de seguimiento de pacientes referidos, no se controla los aspectos críticos del proceso y no se toma acciones para mejorarlos.

Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos, se observa que el 100% de Microrredes (6) se encuentran con promedio mayor al 50%. Combapata (88.09), Yanaoca (83.43), El Descanso (77.63), Pampaphalla (76.92), Techo Obrero (72.77), Yauri (58.76). Según análisis falta socializar y fortalecer al personal de salud en procedimientos de farmacia con relación a los medicamentos, no se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas, los errores en la dispensación no son vigilados por la autoridad competente del establecimiento.

Macroproceso 17 Gestión de la Información: del 100% de Microrredes se encuentra con desempeño mayor del 50%, (5 microrredes), Pampaphalla (63.91), El Descanso (60.31), Techo Obrero (53.65), Yauri (51.49), Combapata (51.14), y con menor puntajes se encuentra Yanaoca (33.12), los establecimientos no cuentan con espacios donde se muestra información relevante y actualizada de proyectos de mejora continua, IPRESS no cuenta con personal capacitado en gestión de la información, y no tiene definido mecanismos para identificación de aspectos críticos y son fuente para elaboración de planes de mejora continua.

Macroproceso 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección, esterilización: en el presente estándar 50 Microrredes presentan un desempeño mayor de 50, Red Pampaphalla (63.91), El Descanso (59.35), Combapata (57.56), Yanaoca (53.43), Techo Obrero (52.15), y la microrred Yauri (32.11), con el menor desempeño. se observa la ausencia del Manual de Desinfección y Esterilización, no se aplica control químico o biológico en la esterilización de materiales y equipos.

Macroproceso 19 Manejo del Riesgo Social: cinco Microrredes tienen puntaje mayor de 50%, Pampaphalla (79.00), Combapata (78.68), Yauri (68.14), Techo Obrero (66.39), El Descanso (66.34), y con menor puntaje se encuentra Yanaoca (49.17). Según análisis se evidencia el establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican, sin embargo, el personal de salud tiene escaso conocimiento del mismo.

Macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales se aprecia que, de 6 Microrredes, solo una de ellas tiene un puntaje mayor al 50%, Combapata (54.50), y con desempeño menor se encuentra, El Descanso (48.16), Yauri (44.89), Pampaphalla (40.63), Techo Obrero (35.31), Yanaoca (33.70). se evidencia que el establecimiento no cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios (no realiza programación de necesidades de bienes estratégicos por servicios que garanticen la calidad de insumos y materiales requeridos) así mismo se debe contar con cronograma del plan anual de adquisiciones que la red realiza, el cual a la fecha no es de conocimiento de todos

Macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura, se observa que de las seis Microrredes, solo una se encuentra con puntaje mayor de 50%, y con puntaje menor del 50%, se encuentran, Combapata (57.78), Pampaphalla (35.80), Yauri (34.72), Techo Obrero (28.27), Yanaoca (23.17), El Descanso (21.37), se observa la falta de personal capacitado en proyectos de inversión, en mantenimiento preventivo y recuperativo de la infraestructura. procedimiento de mantenimiento de áreas críticas. Falta elaborar el Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos; cuenta con Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de equipos, pero no es de conocimiento del todo el personal de salud de la IPRESS.

Las observaciones y recomendaciones de cada macroproceso en forma detallada se encuentran en el (Anexo 1)



IX. CONCLUSIONES

- La Autoevaluación realizada es parte del desarrollo del proceso de acreditación para establecimientos de salud del primer nivel de atención. El proceso de autoevaluación se cumplió en los 48 IPRESS, el cual se ha logrado gracias al compromiso de la Dirección Ejecutiva de la U.E. 401 Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, Jefaturas de Microrredes e IPRESS evaluadas.
- El puntaje general obtenido a nivel de U.E. 401 SCCE. alcanzado: 54.85, es superior a los de los años anteriores sin embargo no alcanza el mínimo necesario de 85%, lo que nos ubica en un nivel de desempeño de NO aprobado.
- Se ha obtenido un mejor puntaje en los Macroprocesos Prestacionales (56.50%), Macroprocesos de Apoyo (54.83%) y el menor puntaje fue de los Macroprocesos Gerenciales (52.81%).
- Se ha obtenido los resultados generales por Microrredes con puntaje de mayor a menor es: el Descanso (62.51%), Pampaphalla (62.29%), Combapata (61.53%) y Techo Obrero (52.83%), Yanaoca (50.58%) y con el menor puntaje se encuentra Yauri (48.30%).
- Los macroprocesos con menor puntaje en la autoevaluación son: Gestión de Insumos y Materiales (26%), Control de la Gestión y prestación (28.6%), Gestión de equipos e infraestructura (29.3%), Gestión de la información (35.7%), Gestión de la Calidad (36.4%), Atención de hospitalización (37.9%), Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (38.2%), atención Ambulatoria (41.3%), Gestión de Recursos Humanos (41.6%), Atención Extramural (41.7%), Gestión de seguridad ante desastres (44.7%), Direccionamiento (47.3%), Referencia y Contrarreferencia (47.4%), y Admisión y alta (49.3%) y que serán monitoreos con mayor énfasis en el año 2023.
- El resultado obtenido por categoría de IPRESS de mayor a menor se tiene a los establecimientos de categoría I-2 (55.49%), I-4 (55.42%), I-3 (54.35%) y I-1 (53.34).
- A nivel de U.E. 401 SCCE, de los establecimientos con mayor puntaje es el Puesto de Salud Langui (72.74%), Checacupe (67.56%), Ccuyo (60.21%), Mosocllacta (60.15%) y con menor puntaje Puesto de Salud Accocunca (29.34%), Occobamba (28.75%), San Miguel (26.75%), Tintaya Marquiri (25.93%), Centro de Salud Pallpata (23.61%), PS Occoruro (13.98%).

X. RECOMENDACIONES GENERALES

- El proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en los 50 IPRESS por la Dirección Ejecutiva, Jefatura de Microrred e IPRESS y por cada órgano, Unidad Orgánica y servicios de los establecimientos de salud con el único fin de acreditar y ello significa garantizar una atención de calidad a nuestros usuarios externos.
- A la jefatura de IPRESS y Microrredes Subsanan las observaciones emitidas en un plazo de seis meses para lo cual se realizará un monitoreo y seguimiento de los macroprocesos para lograr la aprobación de los ítems pendientes.
- A la jefatura, responsable de calidad de Microrred y coordinadora de gestión de la calidad de la RSCCE., conformar el equipo de evaluadores en las 6 microrredes integradas, y establecer procesos de capacitación para mejorar las competencias de cada uno de sus integrantes.
- Fortalecer y sensibilizar a los responsables de las microrredes, jefes de establecimientos de la jurisdicción de la U.E. 401 SCCE., el proceso de autoevaluación y considerarlos como actividades programadas en el plan de trabajo de cada IPRESS y Microrred.
- La retroalimentación del proceso de autoevaluación en las diferentes unidades, oficial de la SEDE Administrativa de la U.E. 401 SCCE., se realizará según acuerdo con la jefatura de cada una de ellas, bajo responsabilidad de la coordinadora de gestión de la calidad, en un plazo inmediato.
- La Jefatura de Gestión de la Calidad de la RSCCE coordinara con el área de Capacitación a fin de fortalecer el personal de salud en temas solicitados en el proceso de Autoevaluación.
- Los jefes de Microrredes e IPRESS: realizar con los resultados de autoevaluación realizada el año 2023 acciones y planes de mejora y el monitoreo permanente de cumplimiento de las actividades programadas. En un plazo de 120 días.



- El comité de Acreditación deberá reunirse periódicas (cada 4 meses), para monitorizar el cumplimiento del levantamiento de observaciones de la presente autoevaluación.
- La jefatura de Gestión de la Calidad solicitara Resolución Directoral al personal de salud de los establecimientos de salud que obtuvieron puntajes igual o mayor a 60%. En un plazo de 90 días.


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO
 U.E. 401 SALUD C.C.E.



Obst. Hayara Pallas Zanabria
 COP: 4532
 COORDINADORA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR



Luis Pineda
 MEDICO AUDITOR
 RNE 004232
 DIRECCION REGIONAL INTEGRAL DE SA



CELSE SOTO RAMOS


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
 U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
CELSE SOTO RAMOS
 OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR



Cristian Sotomayor
 MEDICO CIRUJANO MEDICO AUDITOR
 CMP 06353 RNE A04232


GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
 U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
 U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

XI. ANEXOS



ANEXO 01: OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES POR CADA MACROPROCESO

MACROPROCESO DIRECCIONAMIENTO (DIR).

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégicos, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas.

ESTANDAR DIR 1: El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y estos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
DIR 1-1	IPRESS cuentan con el Plan Estratégico Institucional GORE Cusco. Pero no es conocido por el personal de salud (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas)	A la Unidad de Planeamiento de la RSSCCE y Jefe de Microrred e IPRESS. <ul style="list-style-type: none"> Implementar el PEI (físico i/o virtual) del GORE Cusco aprobado mediante R.E.R N° 516-2022-GR CUSCO/GR 07.NOV.2022 a las 51 IPRESS de la Institución. Ejecutar reuniones y/o talleres de difusión del PEI o cargos de difusión del plan
DIR 1-2	Las IPRESS no aseguran que los servicios formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar	A la Unidad de Planeamiento de la RSSCCE. <ul style="list-style-type: none"> Implementar (físico i/o virtual) y Socializar el Plan Operativo Institucional de la RSCCE aprobado con R.S. A la Microrred y Jefe de IPRESS monitorizar y evaluar en su Jurisdicción: Las IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> servicios elaboren los Planes de trabajo en base a criterios de programación del Plan Operativo Institucional – POI de la RSSCCE.
DIR 1-3	Los planes de trabajo, contingencia de IPRESS y Servicios no se elaboran, conservan ni actualizan según un procedimiento documentado.	Al Área de Planeamiento y Emergencias y Desastres de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Socializar la Estructura de un Plan de Trabajo para la formulación de Planes de trabajo de las IPRESS de la jurisdicción de la RSCCE. Socializar Directiva Administrativa para la formulación de Planes de Contingencia de las entidades e instituciones del Sector Salud / D.A. N° 271-MINSA/2019/DIGERG. Plazo 4 meses. A jefe de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> monitorizar y evaluar que los servicios elaboraren Planes de trabajo y/o de contingencia según procedimiento documentado arriba mencionado
DIR 1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento de algunas etapas de vida.	A la jefatura de Microrred e IPRESS. <ul style="list-style-type: none"> Garantizar que, en el plan de trabajo de las IPRESS, se considere la identificación de las principales necesidades de salud de los usuarios de todas las etapas de vida Los servicios y/o responsables de programas presupuestales de las IPRESS, identifiquen las principales necesidades de los usuarios por curso y/o etapa de vida: <ul style="list-style-type: none"> Gestante y/o periodo prenatal Etapa de vida niño Etapa de vida adolescente Etapa de vida adulto varón y mujer Etapa de vida adulto mayor
DIR 1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación (ASIS) de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.	A la Dirección de Inteligencia Sanitaria – Responsable de Epidemiología de la RSSCCE. <ul style="list-style-type: none"> Generar espacios de análisis de situación de salud con los equipos de Gestión de las Microrredes y Coordinadores de los Programas presupuestales y responsables de estrategias sanitarias. Jefatura de Microrred – responsable de epidemiología: <ul style="list-style-type: none"> Replicar análisis de ASIS de la provincia con participación de jefes y responsables de epidemiología de IPRESS de su Jurisdicción. Jefes de IPRESS y responsables de epidemiología: <ul style="list-style-type: none"> Socializar análisis de ASIS de la provincia y situación local de salud de su distrito con participación de autoridades locales y



		definir el direccionamiento de la atención sanitaria de sus servicios
DIR 1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres no están dentro de los niveles esperados (80%) para el establecimiento de salud.	A Coordinadora del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal y equipo técnico. <ul style="list-style-type: none"> • Socializar los resultados últimos de la evaluación FON aplicada, con el análisis de las deficiencias encontradas en el FON y tomar medidas, estrategias para mejorar los niveles esperados en las FON. Plazo 3 meses. • A las Coordinadoras de la ESSSR de las Microrredes generar informe técnico con análisis de los resultados de las FON de las IPRESS de su jurisdicción.
DRI 1-7	IPRESS no aseguran la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional.	A la RSCCE.: <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar R.D. al comité de Auditoría de las 50 IPRESS. • Fortalecer al personal de salud proceso de Auditoría de atención en salud. A los responsables de Auditorías de las Microrredes: <ul style="list-style-type: none"> • Comités de auditorías de IPRESS aprobadas median R.D. deberán cumplir con la programación del plan de trabajo y realizar auditorías de caso según corresponda. Las Jefaturas de IPRESS deberán: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un registro (inventario de normas) del Número de GPC por áreas de la IPRESS y colocar en lugar visible. • Dar cumplimiento a las actividades de Auditorías de la calidad de atención (auditorías programadas y/o de caso) con el correspondiente seguimiento a las recomendaciones y/o compromisos asumidos en cada una de ellas.
DRI 1-8	Las metas son elaboradas a nivel de RED, como consecuencia las IPRESS desconocen o no tiene a disposición los criterios de programación	A la Dirección de Atención Integral de Salud y responsables de Programas presupuestales: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la programación de metas de los programas presupuestales programar metas en coordinación responsables de las IPRESS. A la Coordinación de los programas presupuestales de la Microrred: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar los criterios de programación del 100% de estrategias y programas presupuestales de la MATRIZ 01 A la Jefatura y responsables de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar y garantizar que la IPRESS cuente con los criterios de programación de la Matriz 01 del 2024

ESTANDAR DIR 1: Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.

CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
DRI 2-1	Las actividades de los planes de trabajo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio, pero no en el 100% de IPRESS	A la Jefatura de IPRESS y Microrred: <ul style="list-style-type: none"> • Asignar formalmente las responsabilidades de las actividades del plan de trabajo i/o de contingencia a los responsables de áreas, unidades o servicios de la IPRESS. (MATRIZ 01 de los programas presupuestales)
DRI 2-2	Los responsables de unidades, áreas y servicios de la IPRESS no realizan informes técnicos de resultados de las actividades contenidas en los planes de trabajo y/o de contingencia	A la jefatura de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar formalmente a los responsables de servicios áreas los informes del avance de actividades de su plan de trabajo. (memorándum). A la Jefatura de servicios, áreas de las IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar informe técnico del avance de actividades de su plan de trabajo al jefe inmediato superior, (jefe de IPRESS).
DRI 2-3	La IPRESS no cumple con los resultados esperados en la matriz 01, y no cuenta con la matriz 04 (avance de actividades de matriz 01) (conocido como POI) a la fecha de evaluación	A la Jefatura de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar formalmente a los responsables de servicios áreas los en virtual o físico el formato de: <ul style="list-style-type: none"> - 1). matriz 01 (metas distribuidas mensualmente) - 2). Matriz 04. Actualizados mensualmente. (memorándum). Jefe de servicios, áreas de las IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo del avance de actividades de su plan de trabajo <ul style="list-style-type: none"> • 1). Matriz 04. Actualizados y emitidos mensualmente al jefe inmediato superior, (jefe de IPRESS)



MACROPROCESO 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH).

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales

ESTANDAR GRH 1: El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GRH 1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones.	<p>A la jefatura de la Unidad de Gestión del Potencial de Recursos Humanos de la RSSCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socializar el Resolución Gerencial N° 353-2022-GRSC/SG. Reglamento interno de servidores públicos civiles (RIS) de GERESA Cusco. <p>A los responsables de Recursos humanos de las Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar el cumplimiento del RIS. <p>A los responsables de Recursos Humanos de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar y dar cumplimiento al RIS de GERESA Cusco
GRH 1-2	El 100% de IPRESS no tienen definido procedimiento de inducción del personal de salud (plan de capacitación)	<p>A la jefatura de la Unidad de Gestión del Potencial de Recursos Humanos de la RSSCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socializar el procedimiento de inducción al personal SERUMS, y otros que se incorporan a la institución e IPRESS. Socializar el Resolución Gerencial N° 353-2022-GRSC/SG. Reglamento interno de servidores públicos civiles (RIS) de GERESA Cusco. (Art. 1°. Proceso de bienvenida e inducción) <p>A los responsables de Recursos humanos de las IPRESS de su jurisdicción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar el cumplimiento del proceso de inducción. <p>A los responsables de Recursos Humanos de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar e implementar procedimiento de inducción según normativa arriba mencionado.
GRH 1-3	IPRESS no define formalmente las funciones y no abarca todos los puestos de trabajo)	<p>A la Unidad de Planeamiento de la RSSCCE.</p> <ul style="list-style-type: none"> Socializar el MOF u otro documento según la realidad actual. <p>A la Jefatura de Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar en forma trimestral cumplimiento de entrega formal de las funciones en las IPRESS de su jurisdicción. <p>A Jefatura de IPRESS y responsable de RR.HH:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socializar el MOF al personal de IPRESS. Realizar memorándum correspondiente de las funciones correspondientes de todos los puestos de trabajo al 100% del personal de la IPRESS.
GRH 1-4	Las jefaturas de servicios/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento, pero no en todas las IPRESS.	<p>A la jefatura de la Unidad de Gestión del Potencial de Recursos Humanos de la RSSCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Compartir mensualmente productividad a través del reporte 40 a las 51 IPRESS Implementar estándares para la evaluación de parte de los jefes de IPRESS a cada trabajador. <p>A los jefes de Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar mensualmente la productividad en reunión de jefes. <p>A los jefes de IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> Mensualmente analizar la productividad individual de HIS, FUAS. <p>Al responsable de recursos humanos de IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar informe técnico trimestral de análisis de productividad.
ESTANDAR GRH 2: El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GRH 2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, pero no se reúnen periódicamente	<p>A los jefes de Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordinar la formación de los diferentes comités de las IPRESS de su jurisdicción. <p>A los responsables de RR.HH de las IPRESS</p>



	para el análisis de la situación institucional.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar periódicamente que los comités conformados en las IPRESS asuman las funciones que corresponde según normativa.
GRH 2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos.	<p>A los responsables de RR.HH de las IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar periódicamente que los comités conformados en las IPRESS identifiquen problemas y propongan soluciones para mejorar el desempeño del recurso humano.
ESTANDAR GRH 3: El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GRH 3-1	El personal cumple parcialmente medidas de bioseguridad para el manejo de enfermedades transmisibles	<p>A los responsables de RR.HH, Epidemiología, Salud Ambiental, Salud Ocupacional de las RSCCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar R.M. N° 456-2020 NTS N° 161 Uso de EPP en IPRESS. <p>A los responsables de RR.HH, Epidemiología, Salud Ambiental, Salud Ocupacional de las MR e IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar periódicamente y garantizar el uso adecuado de EPP por el personal de salud
GRH 3-2	Los responsables de recurso humano del establecimiento no monitorizan que el personal de salud de su IPRESS debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.	<p>A los responsables de RR.HH, Salud Ocupacional de las IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar y garantizar que el personal de salud del establecimiento presente documento oficial de aseguramiento básico de salud al 100% de los trabajadores de salud
ESTANDAR GRH 3: El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GRH 4-1	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, que brinde servicios según MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud	<p>A los responsables de RR.HH, de la RSCCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar el Resolución Gerencial N° 353-2022-GRSC/SG. Reglamento interno de servidores públicos civiles (RIS) – Capítulo VI - capacitación
GRH 4-2	El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. Sin embargo, el plan no cumple con la estructura según normativa	<p>A los responsables de RR.HH, de las MR e IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza plan de capacitaciones, para fortalecer actividades que brinden servicios según el MAIS. • Realizar TDR de capacitación en objetivos institucionales • Realizar TDR de capacitación en deberes y derechos de los usuarios, con evidencia documentaria de su evaluación de comprensión y cumplimiento del personal de salud en sus cuatro dimensiones (reacción, aprendizaje, comportamiento y resultados)
GRH 4-3	El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios, pero no ha desarrollado herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento	<p>Lista de chequeo GRH 4-3</p>



MACROPROCESO 3: Gestión de Calidad (GCA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales.

ESTANDAR GCA 1: El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GCA 1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado. No se encuentra capacitado para cumplir sus funciones.	A la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer al personal responsable de UGCS de la Microrred en componentes de gestión de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad. Al jefe de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Seleccionar al personal al responsable de Gestión de la Calidad por periodo mínimo de 3 años.
GCA 1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales no cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Socializar a los responsables de Calidad de IPRESS componentes de gestión de la calidad. Fortalecer al personal de salud en Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad
GCA 1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos. No cumplen actividades según planificación.	A la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Programar reunión con responsables de Gestión de calidad de las Microrredes, para coordinar actividades de planes de mejora continua. Responsable de GC de la Microrred e IPRESS : <ul style="list-style-type: none"> Realizar priorización de problemas, e implementar plan de mejora en las IPRESS de mayor capacidad Resolutiva
GCA 1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados, pero no realiza seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad	A la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad de la Micro Red: <ul style="list-style-type: none"> Disponer que las normas, GPC, Directivas de procedimientos técnicos asistenciales (GPC Emergencias Obstétricas, Consulta externa e internamiento) se encuentre en ambientes según corresponda su aplicación. Los manuales directivos administrativos se ubiquen y sean de conocimiento del personal de salud. (R.M. 975 "MAPRO del TUPA", « Directiva Administrativa que regula la gestion documental del MINSA » 2022)
GCA 1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.	
ESTANDAR GCA 2: El establecimiento tiene definido e implementar mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios...		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GCA 2-1 2-2	El establecimiento ha implementado dos mecanismos uno de buzón de sugerencia y el segundo el libro de reclamaciones para recoger quejas o sugerencias. No tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos.	Responsable de PAUS, sugerencias y reclamaciones de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer al personal de salud en ". Directiva Administrativa para la Atención de Reclamos y Sugerencias" R.D. 1241 2020" Responsable de PAUS, sugerencias y reclamaciones de la MR e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Garantizar el cumplimiento del manejo de Reclamos y sugerencias según normativa.
GCA 2-3	El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios, sin embargo, en algunas IPRESS se encuentran deteriorados o son de reciente creación	Responsable de Servicios de Salud: <ul style="list-style-type: none"> Realizar censo de las IPRESS que cuentan con paneles de paquete de atención. Al responsable de la IPRESS jefe de Microrred. <ul style="list-style-type: none"> Elevar informe de requerimiento de panel, trípticos de paquete de atención adecuado culturalmente.



GCA 2-4	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención, pero no en todas las IPRESS	Al responsable de Gestión de la Calidad de la RSCCE, Microrred.: • Gestionar la realización de Lineamientos para garantizar la Privacidad en la atención.
GCA 2-5	No se identifican barreras de acceso de usuarios a servicios: *geográfico *arquitectónico *Económico *Cultural u organizacional No se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar. Solo en el 15% de IPRESS.	Al responsable de Gestión de la Calidad de la RSCCE, Microrred.: • Gestionar la realización de encuesta para identificar principales barreras de acceso del proceso de atención.
GCA 2-6	No se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios y no se identifican barreras en casi el 85% de IPRESS	Jefatura, responsable de calidad, PAUS, sectorista de IPRESS: • Realizar análisis de identificación de barreras de acceso al usuario • Implementar mecanismos que garanticen mayor acceso al establecimiento del Usuario.
GCA 2-7	El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables.	Al responsable de Servicios de Salud de la RSSCCE. • Implementar cartera de servicios y flujograma según categoría en las 49 IPRESS de la RSSCCE.
GCA 2-8	El establecimiento tiene flujogramas de atención general, por servicios y señalización. Pero no en el 100% de IPRESS	Al jefe de IPRESS y Micro Red: • Solicitar actualización de cartera de servicios de IPRESS que cuentan con especialistas.
GCA 2-9	IPRESS tiene publicado derechos de usuario solo en emergencia, falta en consultorio externo y hospitalización.	A la Unidad de Seguros de la RSCCE: • Implementar banner, letreros de derechos del usuario en los servicios de emergencia, consulta externa y hospitalización.
ESTANDAR GCA 3: El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GCA 3-1	El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario externo mas no del usuario interno.	A la Unidad de Seguros de la RSCCE: • Coordinar con GERESA Cusco para la implementación de instrumento de evaluación de satisfacción del usuario interno.
GCA 3-2	Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos, sin embargo, los reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud, no se tiene resultados.	Al responsable del manejo de sugerencias y reclamos de la RSCCE: • Socializar la normativa de sugerencias y reclamos Al responsable del manejo de sugerencias y reclamos de la MR e IPRESS: • Garantizar la solución de reclamos según normativa de
GCA 3-3 3-4 3-5 3-6	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos en las diferentes dimensiones, pero el nivel no es el esperado para el establecimiento de salud, en el 100% de IPRESS	A la jefatura de la Unidad de Gestión de la calidad de la RSSCCE, responsable de gestión de calidad de Microrred e IPRESS: • Garantizar que el 100% de ipress, cuenten con el informe de análisis de resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo.
GCA 3-7	Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.	A la jefatura de la Unidad de Gestión de la calidad de la RSSCCE, responsable de gestión de calidad de Microrred e IPRESS: • Garantizar que el 100% del personal de salud de las ipress, respondan la encuesta de satisfacción del usuario interno • Garantizar que el 100% de ipress, cuenten con el informe de análisis de resultados de la encuesta de satisfacción del usuario interno.



GCA 3-8	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los planes de mejora.	A la jefatura de la Unidad de Gestión de la calidad de la RSSCCE, responsable de gestión de calidad de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Garantizar que el 100% de IPRESS implemente y plan de mejora continua en el año 2023 y 2024
----------------	---	--

MACROPROCESO 4: Manejo de Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones

ESTANDAR MRA 1: El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
MRA 1-1	IPRESS Solo las IPRESS de Categoría I-3 y I-4, tiene conformado equipo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión de Riesgos en la atención. Los establecimientos I-1 y I-2 no cuentan con el comité arriba mencionado.	Al jefe de IPRESS de categoría I-1 y I-2. Socializar el proceso de vigilancia epidemiológica según normativa vigente. <ul style="list-style-type: none"> Conformaran el equipo de rondas de seguridad del paciente, según normativa vigente RM N°163 (DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION). debe ser conformado por: <ol style="list-style-type: none"> jefe de IPRESS, quién es el Líder del Equipo. El responsable de personal de la IPRESS El responsable de Gestión de la Calidad, quien ejerce la Secretaría Técnica. El responsable de Epidemiología en la IPRESS. jefes de servicios (medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, odontología, laboratorio) Resp. de Salud Ocupacional. Resp. de Saneamiento ambiental El responsable de la UPSS de Farmacia.
MRA1-2	IPRESS define responsable de epidemiología, realiza vigilancia, y cuenta con reportes epidemiológicos	El responsable de epidemiología, de Microrredes e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Contar con documento de responsable de epidemiología. Contar con reportes epidemiológicos VEA
MRA 1-3	IPRESS no cuenta con actas de reuniones de análisis de rondas de seguridad realizadas, tampoco con informe oficial con propuestas para la disminución de riesgos de la atención identificadas	Al jefe, Resp. de epidemiología, salud ocupacional, calidad de IPRESS y Microrredes: <ul style="list-style-type: none"> Mensualmente aplicar rondas de seguridad del paciente en los servicios de categoría I-1 al I-4. Toda ronda de seguridad aplicada debe contar con acta de reunión de análisis. El equipo de rondas de seguridad emitirá informe oficial con propuestas para la disminución de riesgos de la atención identificadas.
MRA 1-4	Se cuenta con sistema operativo de vigilancia y respuesta ante eventos adversos parcialmente.	Al comité de la seguridad del paciente de IPRESS Y Microrred: <ul style="list-style-type: none"> Contar con plan de seguridad del paciente de Microrred. Realizar informe del reporte de informe de vigilancia y respuesta frente a eventos adversos.
MRA 1-5	Se tiene mecanismos para hacer pública la información relevante de gestión de riesgos de la atención, pero solo en el 10% de IPRESS	Al jefe y Equipo de Rondas de seguridad de las Microrredes, e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Deben difundir en medio físico o digital la presente directiva a todas las UPSS de la IPRESS. Contar con evidencia de la forma de hacer pública la información relevante sobre gestión de riesgos y los cambios por efectuar.



MRA 1-6 1-7	Se realiza análisis periódicamente de cuan efectiva es la atención materna, sin embargo, no se realiza seguimiento al cumplimiento de recomendaciones y compromisos asumidos.	Al responsable del programa presupuestal Salud Materno Neonatal, de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Analizar la efectividad de la atención materna, según indicadores de calidad materno neonatal, periódicamente. • Contar con expediente completo de análisis de muertes maternas, fetales y neonatales. • Contar con informe anual de la tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años.
ESTANDAR MRA 6: El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
MRA 6-1	El personal usa indumentaria de protección que cumple las normas de bioseguridad para sus labores acorde a los riesgos existentes en su área de trabajo según normas, pero no es de cumplimiento estricto por todo el personal de salud	Responsable de Salud Ocupacional de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Conformar el comité de Salud Ocupacional U.E.401 SCCE. • Realizar reuniones de coordinación con responsables de salud ocupacional de la Microrredes para coordinar acciones de capacitación sobre uso de indumentaria de protección según normas de bioseguridad. Jefe de Microrred: <ul style="list-style-type: none"> • Designar responsables de salud ocupacional a nivel de Microrred. Responsable de Salud ocupacional de Microrred: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar periódicamente el uso de indumentaria por el 100% del personal de salud de la IPRESS de su jurisdicción.
MRA 6-2	No existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención.	Responsable de Salud Ocupacional, de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar requerimiento de cartillas de bioseguridad
MRA 6-3 6-4	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación, no se realiza según procedimientos documentados. La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad en forma parcial	Responsable de Salud Ocupacional, de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Socializar NTS N° 161-MINSA/2020/DGAIN. A los responsables de Salud ocupacional de Microrred. Resp. Salud Ocupacional de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Socializar NTS N° 161 -MINSA/2020 a las IPRESS de su jurisdicción. • Monitorizar la provisión de ropa para el personal de salud, así como su descontaminación. • Monitorizar la provisión de materiales e insumos de bioseguridad.
MRA 6-5	No se reportan, registran ni toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.	Responsable de Salud Ocupacional, calidad y epidemiología de la IPRESS, Microrred y RSCCE. <ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniones de coordinación con responsables de salud ocupacional de la Microrredes para coordinar acciones de vigilancia de accidentes punzo cortantes en las IPRESS. • Monitorizar mensualmente la vigilancia de accidentes punzo cortantes.
MRA 6-6	En la IPRESS no existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas en los servicios	Responsable de Salud Ocupacional, epidemiología de la IPRESS, Microrred.
MRA 6-7	El establecimiento de salud no cuenta con mapa de riesgos, lo que no permite implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar ipress con instrucción sobre riesgos de transmisión infectocontagiosa. • Implementar mapa de riesgos • Socializar los manuales de procedimientos para la prevención de riesgos • Garantizar el cumplimiento de normativa en caso de accidente punzo cortante
MRA 6-9	El personal de los establecimientos no aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.	



MRA 6-10	El establecimiento de salud no garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.	
ESTANDAR MRA 7: El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
MRA 7-1	El 95% de IPRESS cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal.	Al responsable de Saneamiento ambiental de la RSSCCE <ul style="list-style-type: none"> Socializar el manual de procedimientos para eliminación de residuos sólidos Responsable de saneamiento ambiental de la IPRESS deberá: <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar procedimientos para eliminación de residuos sólidos según normativa vigente
MRA 7-2	La recolección de residuos sólidos no se realiza de acuerdo con la norma en el 100% (falta balanza)	
MRA 7-3	El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente, sin embargo, en los meses de enero, febrero, marzo y abril no se cumple, con la eliminación de residuos sólidos biocontaminados y especiales.	
MRA 7-4	El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.	Al responsable de Saneamiento ambiental de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Socializar al personal de salud normativa respecto a la disponibilidad de agua segura en la disponibilidad de agua segura, en un plazo de 90 días. Al jefe de la IPRESS, responsable de Saneamiento ambiental: <ul style="list-style-type: none"> Realizar informe de las situaciones actuales de la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. En un plazo de 90 días.
ESTANDAR MRA 8: El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
MRA 8-1	El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. Solo en el 75% de IPRESS	Al responsable de Saneamiento Ambiental de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Coordinar con Municipios provinciales respecto a suministro de agua segura a la población en general. Socializar al 100% de IPRESS la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> los procedimientos de saneamiento básico y el derecho de suministro de agua segura a los usuarios internos y externos los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. Medidas de saneamiento básico y agua segura. Al jefe de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Coordinar con el gobierno local, para: <ul style="list-style-type: none"> los procedimientos de saneamiento básico y el derecho de suministro de agua segura a los usuarios internos y externos los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. Medidas de saneamiento básico y agua segura.
MRA 8-2	El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.	
MRA 8-3	El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura.	



MACROPROCESO 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna

ESTANDAR GSD 1: Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GSD 1-1	El establecimiento de salud el 99% no cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.	A la Jefatura de IPRESS y responsable de emergencias y desastres de RSCCE, Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con gobiernos locales provinciales, los procedimientos y viabilizar la emisión de certificado de inspección técnica de seguridad en defensa civil. Plazo de 90 días.
GSD 1-2	IPRESS no somete a evaluación de seguridad las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos	A la Jefatura de IPRESS y responsable de emergencias y desastres: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a entidad encargada de obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos Evaluación de seguridad de obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos.
GSD 1-3	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. IPRESS cuentan con señalización, pero no en todas las áreas	La responsable de emergencias y desastres de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Socializar al 100% de ipress normativa respecto a la adecuada señalización de seguridad de áreas de riesgo en caso de desastres. • Solicitar a los responsables de emergencias y desastres informe técnico situación actual de señalización de seguridad de áreas según criterio y estándar, con la finalidad de implementar señale en áreas que faltan.
GSD 1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. No del 100% de IPRESS	La responsable de emergencias y desastres de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los responsables de emergencias y solicitar informe de situación de ubicación del EE.SS. Responsable de emergencias y desastres de la Microrred: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los letreros con los nombres de IPRESS en buen estado, lo mismo sobre señalización de emergencias y emitir un informe técnico de los mismos.
GSD 1-6	No se ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional de todas las áreas.	Responsable de emergencias y desastres de la Microrred: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a las IPRESS informe de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional de todas las áreas emitido por defensa civil Responsable de emergencias y desastres de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a defensa civil informe de riesgos de vulnerabilidad
ESTANDAR GSD 2 Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GSD 2-2	El establecimiento de salud no cuenta con brigadas de lucha contra incendios.	La responsable de emergencias y desastres de U.E. 401 SCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Propiciar la formación y fortalecimiento de brigadas de lucha contra incendios Participar en la implementación de los planes de respuesta locales ante
GSD 2-3 2-4	El establecimiento cuenta con plan de emergencias y desastres, pero no es difundido entre el personal. Por lo tanto su implementación se realiza parcialmente	La responsable de emergencias y desastres de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Participar en la implementación de los planes de respuesta locales ante situación de emergencia. • Revisar y actualizar el plan de respuesta ante emergencias en forma periódica con las autoridades de defensa civil. • Dar cumplimiento al cronograma de actividades con al menos 2 simulacros de prevención de situaciones de emergencias y desastres.
GSD 2-5 2-6	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres. Pero no cuenta con evidencias	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con normativa de guías de manejo de emergencias masivas y desastres



ESTANDAR GSD 3: Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
GSD 3-1	Se adoptan las acciones pertinentes parcialmente, sin embargo, no todo el personal se involucra en la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.	Jefatura y responsable de emergencias de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Tomar acciones con la finalidad de involucrar al personal de salud en la declaración de alerta por situación de emergencias y desastres
GSD 3-2	IPRESS cuenta con el servicio de ambulancias, no en el 100% cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad	La responsable de Referencias contrarreferencias, Emergencias y desastres: <ul style="list-style-type: none"> Socializar NTS N° 051 MINSA/OGDN-V01. Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de pacientes por vía terrestre
GSD 3-3	El 50% de IPRESS no cuentan con sistema de comunicación.	La responsable de emergencias y desastres de U.E. 401 SCCE: <ul style="list-style-type: none"> Direccionar y propiciar la formación y fortalecimiento con: <ul style="list-style-type: none"> *sistema de comunicación (radio comunicación) *sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica *sistema de almacenamiento de agua potable las 24 horas *stock de reserva de medicamentos insumos y materiales para la atención de emergencias.
GSD 3-4	Las IPRESS en un 60% no cuentan con sistema alterno que asegure la provisión de energía eléctrica.	
GSD 3-5	Las IPRESS no todas cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas i	
GSD 3-6	IPRESS no todas disponen de un stock de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres	

MACROPROCESO 6: Control de Gestión y Prestación (CGP)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias

ESTANDAR CGP 1: El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
CGP 1-1	IPRESS no cuenta con plan de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación.	Responsable de Servicios de Salud y Medico Auditor de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Gestionar resolución directoral a los comités de auditoría de las IPRESS. Fortalecer en el proceso de Auditoría, supervisión y evaluación. Plazo 50 días. Al jefe de Microrred e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Realizar plan de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. Garantizar la implementación y desarrollo del plan de auditoría, supervisión y evaluación.
CGP 1-1	Los indicadores de control de la gestión y prestación son consensuados a nivel de la SEDE Administrativa.	A la Dirección de Atención Integral de salud, responsables de coordinaciones de Programas Presupuestales de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Consensuar y contar con los indicadores de gestión y prestación a nivel de los 50 IPRESS, en un plazo de 40 días.
ESTANDAR CGP 2: El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIÓN
CGP 2-1	El personal se encuentra parcialmente capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción.	A la DAIS, responsable de Servicios de Salud y Medico Auditor de la RSSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Gestionar resolución directoral a los comités de auditoría de las IPRESS.



CGP 2-2	No se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna.	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer en el proceso de Auditoría, supervisión y evaluación. Plazo 90 días Monitorizar mensualmente y dar el soporte técnico a los responsables de Auditoría de IPRESS en el proceso de
CGP 2-3	No todas las IPRESS tienen información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación. (8.3% mensual)	<p>Al jefe de Microrred e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Programar evaluación semestral de avance de indicadores de gestión y prestación Realizar informe semestral de avances de indicadores de gestión y prestación.
CGP 2-4	El establecimiento realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo con el plan establecido, pero no cuenta con informe de avances a la microrred.	
CGP 2-5, 2-6.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en: <ul style="list-style-type: none"> Las atenciones realizadas en emergencia. atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. 	<p>Al jefe de Microrred, responsable de Auditoría de las IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar el cumplimiento del plan de auditoría según lo programado en servicio de emergencia, y atenciones obstétricas
CGP 2-7, 2-8.	IPRESS realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad solo en materno y niño. Se identifica aspectos críticos de la prestación y gestión y no se establece procesos de mejora.	<p>La jefatura y responsable de programas presupuestales de las IPRESS deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar aspectos críticos de la prestación y gestión. Establecer procesos de mejora a través de acciones o planes de mejora continua.
CGP 2-10	Los servicios de atención clínica solo el 25% de IPRESS realizan supervisiones de los procesos de prestación (instrumento de rondas de seguridad)	<p>A la jefatura de Microrred, e IPRESS, coordinadora de gestión de la calidad, Comité de Auditoría, de la Microrred e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorizar el cumplimiento de lo programado en la actividad de Rondas de Seguridad. Los resultados del proceso de auditoría, supervisión y evaluación socializar al personal de salud de la IPRESS. Cuantificar los indicadores trazadores de cobertura de las prioridades sanitarias nacionales. Cuantificar los indicadores trazadores de cobertura de las prioridades sanitarias regionales. Tomar acciones para levantar observaciones en los indicadores que no se encuentren en los niveles esperados (8.3% mensual)
CGP 2-11	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación no son de conocimiento de todo el personal de salud	
CGP 2-12, 2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias: <ul style="list-style-type: none"> Nacionales Regionales No todos se encuentran en los niveles esperados.	

MACROPROCESO 7 : Atención Ambulatoria (ATA) Consulta Externa

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia

ESTANDAR CGP 1: El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria

CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ATA 1-1, 1-2 todos	Existen IPRESS que no cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. La cartera de servicios de consulta externa se evidencia están deterioradas.	<p>A la DAIS, Coordinadores de Programas Presupuestales, responsable de Servicios de salud monitorizar la situación actual de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Señalización y mecanismos de información para la atención en las IPRESS. Cartera de servicios de consulta externa. <p>Al Jefatura de Microrred, IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar informe de situación actual i/o requerimiento de señalización y mecanismo de información para la atención del usuario. Realizar una encuesta a los usuarios sobre la cartera de servicios que se encuentra publicada.



ATA 1-4 (I-4)	El establecimiento no cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria	Al Jefatura de Microrred, responsable de PAUS, Admisión de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Implementar un registro del número de usuarios que no acceden a la atención ambulatoria • Implementar políticas para mejorar la cobertura de atención ambulatoria.
ESTANDAR CGP 2: La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ATA 2-1 (I-3 y I-4)	El establecimiento de salud adopta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida muy escasamente	Al responsable de calidad y auditoria de la IPRESS deberá: <ul style="list-style-type: none"> – cumplir con lo programado en plan de auditorías de historias clínicas (programadas o de caso y evaluación de registro de atención de historias clínicas). Dar Cumplimiento a la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud” – monitorizar periódicamente el cumplimiento de la aplicación de las GPC en usuarios de atención ambulatoria.
ATA 2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.	
ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) no sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).	
ESTANDAR CGP 3: El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ATA 3-1	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.	El responsable de calidad y la PAUS de la IPRESS, deberán: <ul style="list-style-type: none"> ○ Realizar encuestas a usuarios sobre conocimientos de enfermedades crónico degenerativos y transmisibles prevalentes. ○ Realizar análisis de resultados y tomar acciones de mejora en la información a usuario.
ATA 3-3	El establecimiento implementa la estrategia de Municipios Saludables.	El responsable de promoción de la salud de la Microrred e IPRESS deberá: <ul style="list-style-type: none"> ○ Contar plan de implementación de municipios saludables ○ Realizar un plan para Municipios Saludables y dar cumplimiento a sus actividades
ATA 3-4	El establecimiento implementa la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación.	El responsable de promoción de la salud de la, estrategias y programas de IPRESS, deberá: <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementar estrategias de Familias Saludables.
ATA 3-5	El establecimiento implementa la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud acorde a su programación.	El jefe de IPRESS y responsable de promoción de la salud de la IPRESS, deberá: <ul style="list-style-type: none"> ○ Implementar estrategias de Escuelas Promotoras



MACROPROCESO 8: Atención Extramural (AEX)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad y oportunidad de la intervención sanitaria individual y/o colectiva, y busca incrementar el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de mejorar los resultados en el estado de salud la población.

ESTANDAR AEX 1: El establecimiento de salud tiene definido y organizado un plan de atención extramural de acuerdo con sus prioridades y en función a las necesidades de su población con enfoque de riesgo.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
AEX 1-1, I-2	Se ha definido un modelo de atención extramural en los ámbitos individual, familiar y/o comunal con enfoque de riesgos y aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación acorde a las políticas sectoriales e institucionales.	El responsable de promoción de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> o Contar con documento oficial del nivel competente, que contiene el modelo de atención extramural en los ámbitos prevención, recuperación y rehabilitación (individual, familia y/o comunidad) o Contar con Guía de trabajo extramural familia,
AEX 1-3	El establecimiento tiene definida la población sujeta de programación para brindarle la cartera de servicios extramurales (individual, familiar, comunal) y cuenta con un cronograma establecido.	El responsable de promoción de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> o Definir la población sujeta de programación para brindarle la cartera de servicios extramurales. o Monitorizar el cumplimiento de la Programación General de actividades extramurales.
AEX 1-4	El personal profesional del primer nivel de atención cumple con dar atención extramural según la programación establecida.	
ESTANDAR AEX 3: El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
AEX 2-1	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa en función a la cartera de servicios extramurales y acorde con las prioridades de salud nacional/regional.	Responsable de Servicios de Salud de la RSSCCE <ul style="list-style-type: none"> o Implementar la cartera de servicios extramural en los 50 IPRESS de la jurisdicción de la RSSCCE Jefatura de la IPRESS y el responsable de promoción, deberá:
AEX 2-2	El establecimiento desarrolla actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente.	La Dirección de la IPRESS y el responsable de promoción: <ul style="list-style-type: none"> o Desarrollar e informar actividades de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. o Informes de actividades de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente. (listas de asistencia, Actas)
ESTANDAR AEX 3: El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
AEX 3-1	Se tiene establecido indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural y los resultados son los esperados para la institución.	La jefatura de la IPRESS y el responsable de promoción: <ul style="list-style-type: none"> - Establecer indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural.



MACROPROCESO 9: Atención Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumple con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa

ESTANDAR ATH 1: El establecimiento que cuenta con internamiento planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ATH 1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios.	A la Jefatura de IPRESS y diferentes servicios: – Considerar en análisis anual de las diez primeras causas de internamiento. Resp. jefatura de EE.SS.
ATH 1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución.	– Buscar espacios de reuniones para identificar las necesidades y mejorar los procesos de atención
ESTANDAR ATH 2 : El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ATH 2-2	Los servicios de internamiento promueven la adopción, de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico, pero no en el 100% de IPRESS de categoría I-4	Al jefe, responsable de PAUS, jefe de internamiento y Admisión de las IPRESS: – Dar cumplimiento al plan de auditoria de hcl de internamiento – Medir el tiempo de espera entre la solicitud de internamiento y la efectivización del mismo. Resp. servicio y estadística.
ATH 2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución.	
ESTANDAR ATH 3: El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ATH 3-1	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes cumple las medidas de bioseguridad.	Al responsable de Epidemiología, Gestión de la calidad de IPRESS: – Implementar instrumentos de seguimiento del cumplimiento RONDAS de seguridad. – socializar los informes de las rondas de Bioseguridad llevadas a cabo en cada servicio.
ATH 3-2	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes.	

MACROPROCESO 10: Emergencia (EMG)

Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención

ESTANDAR EMG 1: El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
EMG1-1	La información general del servicio de emergencia no es conocido por todo el personal al interrogatorio.	A la jefatura de Microrred e IPRESS, responsable de tópico de emergencias: • Implementar mecanismo de atención en el servicio de emergencia y socializar al personal del establecimiento de salud. • Contar con información de las 10 causas más frecuentes de atención en el servicio. • Programar capacitaciones en temas de emergencias según casos presentados.
EMG 1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida.	
EMG 1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias	



ESTANDAR EMG 2: El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
EMG 2-1	El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.	A la jefatura, responsable de Emergencias de Salud Materna de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Implementación de la existencia de insumos y medicamentos según la lista de chequeo FONP o FONB. Realizar las gestiones necesarias para contar con equipo de radiocomunicación las 24 horas del día.
EMG 2-3	Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.	
EMG 2-4	El establecimiento dispone de ambulancia operativa las 24 horas del día. Sin embargo, no en todas las IPRESS se encuentran equipadas según normativa	A la responsable de Emergencias, Referencias Contra referencias, de Transportes de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Monitorizarla la existencia de conductor en las IPRESS de Categoría I-3 y I-4. A la jefatura, responsable de Emergencias Salud Materna, Referencias y contrarreferencias de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Equipar ambulancia operativa.
ESTANDAR EMG 3: El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
EMG 3-1	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes.	Al responsable de jefatura de servicio de enfermería y jefe de IPRESS. <ul style="list-style-type: none"> Distribución de personal y asignación de funciones al personal que cumple el perfil.
EMG 3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> Las atenciones, procedimientos y diagnósticos deberán registrados diariamente en el registro diario de emergencias
EMG. 3-3	No se cumple la continuidad de la atención en los cambios de turnos o guardias	A la Jefatura y responsable de emergencias de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Implementar registro de ocurrencias en el servicio de emergencias. Organizar mecanismos que garanticen la continuidad de la a atención en cambios de guardia.

MACROPROCESO 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad

ESTANDAR ADT 1: Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ADT 1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención.	A la responsable de Laboratorio de la RSCCE y Microrred. <ul style="list-style-type: none"> Implementar manual de procedimientos de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento
ADT 1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Implementar un Programa de control de la calidad (hemoglobina, ECO) de los procedimientos.
ESTANDAR ADT 2: El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ADT 2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud.	A la responsable de Laboratorio de la RSCCE y Microrredes: <ul style="list-style-type: none"> Implementar estándares de tiempos de entrega de los resultados de exámenes. Registrar a diario:



ADT 2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales, pero no en todas las IPRESS y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.	*Hora de solicitud de examen *Hora de recepción de muestra *Hora de entrega de resultado de exámenes.
ESTANDAR ADT 2: Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ADT 3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes.	A la responsable de Laboratorio de la RSCCE y Microrredes: • Elaborar plan para el control de calidad de la calibración de equipos y de los procesos realizados y monitorizar el cumplimiento del cronograma de actividades.
ADT 3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos.	

MACROPROCESO 14: Admisión y Alta (ADA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

ESTANDAR ADA 1: El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ADA 1-2	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente.	Al responsable de Servicios de Salud de la RSCCE y responsables de Admisión de las IPRESS: • Socializar normativa vigente de Admisión, en un plazo de 90 días. Al responsable de Admisión de las IPRESS: • Garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares)
ADA 1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/tenencia.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: • Realizar informe técnico e identificar los aspectos críticos del proceso diario de recojo, archivo de historias clínicas.
ADA 1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: • Evidenciar que el personal de todas las áreas conoce el sistema para la entrega de citas a los usuarios externos. • Realizar encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo
ADA 1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: • Considerar en el Plan anual de capacitación para el personal de Admisión el fortalecimiento de actividades de admisión
ESTANDAR ADA 2: El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
ADA 2-1	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: • Implementar mecanismo para entrega de citas para atención en IPRESS con enfoque intercultural. Plazo 90 días. • Implementar libro de ocurrencias para recojo de necesidades de atención en el servicio de Admisión. Plazo 90 días
ADA 2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios.	



ADA 2-3	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Implementar encuesta de tiempo de espera del usuario en admisión para monitoreo de tiempo de espera e implementación de acciones de mejora. Plazo 90 días.
ADA 2-4	Se registra y monitorea el porcentaje de usuarios no atendidos en el establecimiento luego de haber obtenido cita y los niveles están acordes a lo establecido por la institución.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el registro y análisis de entrega de citas efectivas e implementación de acciones de mejora. Plazo 90 días
ADA 2-5	Se registra y monitorea el porcentaje de citas atendidas de acuerdo con la programación establecida.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis del registro de entrega de citas atendidas según programación. Plazo 90 días
ADA 2-6	Se registra y monitorea el porcentaje de reprogramación de citas y los niveles están de acuerdo a lo establecido por la institución.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: Análisis del registro de reprogramaciones de citas atendidas y monitoreo del porcentaje. Plazo 90 días
ADA 2-7	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados.	Al responsable de Auditoría de la RSCCE e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y aprobar el Plan anual de auditoría de Historias clínicas del Establecimiento. Plazo de 90 días.

MACROPROCESO 15: Referencia y Contrarreferencia (RCR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada

ESTANDAR RCR 1: El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
RCR 1-2, 1-3, I-4	El establecimiento de salud establece coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, para garantizar la atención posterior al alta, pero no es de conocimiento de todo el personal	A la responsable de Referencias, contrarreferencias de las IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las contrarreferencias de las IPRESS de categoría I4 y I-3 estratégicos. • Socializar resultados a todo el personal de la IPRESS
RCR 1-3	El establecimiento de salud establece mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva, pero no al 100 de referencias.	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con evidencias virtual de las contrarreferencias recibidas y enviadas. • Contar con evidencia documentaria de la implementación de seguimiento a pacientes que no cuentan con contrarreferencia. (seguimiento a tránsito de vida salud o visita domiciliaria)
ESTANDAR RCR 2: El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
RCR 2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas.	A la jefatura de IPRESS, responsable de referencias contrarreferencias, y de transportes: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar coordinaciones extrainstitucionales, con la finalidad de contar con otros vehículos, para situaciones de contingencia, garantizando de esta manera movilidad las 24 horas. • Implementar las ambulancias con el equipamiento básico según la NTS Nro 051-MINSA/OGDN-V.01
ESTANDAR RCR 3: Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
RCR 3-1	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrarreferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlos.	A la jefatura, responsable de referencia contrarreferencia: de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Socializar todos los aspectos críticos del proceso de referencias contrarreferencias. • Programar reunión de evaluación de indicadores según normativa e identificar aspectos críticos del proceso de referencias y establecer acciones de mejora.
RCR 3-2	Se cuantifica, en el caso de contrarreferencias está por debajo del nivel esperado.	



RCR 3-4	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar el nivel esperado de capacidad resolutive menor del 5% • Cuantificar la relación porcentual entre referencias
ESTANDAR RCR 4: Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrarreferencia de usuarios		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
RCR 4-1	El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal.	<p>A la jefatura, responsable de referencia contrarreferencia, PROMSA, y Salud Materna: de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reactivar los SIVICOS en los sectores de cada establecimiento de salud. • Sensibilización a los actores comunales

MACROPROCESO 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra a los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.

ESTANDAR GMD1 : El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GMD 1-1	IPRESS no cuenta con base del petitorio nacional, si cuenta con cuadro de necesidades	<p>A la Jefatura de IPRESS, responsable de farmacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar normativa vigente de petitorio nacional y regional. Al personal de salud de la IPRESS • Cuadro de necesidades según petitorio nacional y regional.
GMD 1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.	
GMD 1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.	
ESTANDAR GMD2 : El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GMD 2-1	El establecimiento no evalúa el cumplimiento de las normas de: prescripción, dispensación, errores de dispensación y prescripción de medicamentos	<p>A la Jefatura y responsable de farmacia de Microrred:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas de: prescripción, dispensación, errores de dispensación y prescripción de medicamentos Cuadro de necesidades según petitorio nacional y regional a las IPRESS de su jurisdicción. <p>A la Jefatura y responsable de farmacia de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el cumplimiento de la normativa de dispensación y prescripción, implementando registro de errores de dispensación • Implementar mecanismos de información al paciente al momento de su dispensación
GMD 2-2	IPRESS no evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación	
GMD 2-3	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.	
GMD 2-4	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación.	
GMD 2-5	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.	
ESTANDAR GMD2 : El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GMD 3-1	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%.	<p>A la Jefatura y responsable de farmacia de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y contar con evidencia documentaria de la evaluación del:



GMD 3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> • stock registrado versus el stock real con resultados mayores al 99% de coincidencia. • Porcentaje de prescripciones no atendidas. • Normo stock y prevención de vencimiento de medicamentos e insumos
GMD 3-3	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normo stock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos.	
GMD 3-4	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos.	<p>El jefe de recursos humanos y de farmacia de la IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contemplar en el plan de capacitaciones – procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos. • Realizar informe de capacitación al jefe superior con acta y relación de participantes de más del 80% del personal de salud.

MACROPROCESO 17 : Gestión de la Información (GIN)

Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

ESTANDAR GIN 1 : El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GIN 1-1	La IPRESS identifica parcialmente las necesidades de información de todos los procesos asistenciales	<p>Jefe, Coordinadoras/es de programas presupuestales de Microrred, y equipos de gestión de IPRESS de su jurisdicción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programar reuniones periódicas de las distintas áreas administrativas y asistenciales con la finalidad de identificar necesidades de información, con el equipo de estadística.
GIN 1-2	No cuenta con evidencia de la identificación anual de las necesidades de equipamiento para el funcionamiento del sistema informático.	<p>Al responsable de estadística, unidad de seguros, SISMED, epidemiología, jefe de IPRESS, Microrred:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar anualmente requerimiento de necesidades de equipamiento para contar con información estadística. • Implementar encuesta de conocimiento del sistema de información de la IPRESS.
GIN 1-3	IPRESS cuenta con un sistema de acopio manual de información el cual es conocido por el personal.	<p>Al responsable del programa presupuestal / estrategia de la IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar base de datos del sistema de información manual o electrónico
GIN 1-4	Algunos servicios cuentan manuales de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con evidencia documentaria de implementación de descriptores en el sistema de información (manual de codificación HIS, FUAS, medicamentos y otros)
GIN 1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer y capacitar al personal de salud en actividades de la gestión de la información. • Contar con evidencia documentaria pertinente, sobre capacitación en gestión de la información.
ESTANDAR GIN 2 : El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES



GIN 2-1	El establecimiento de salud identifica parcialmente los aspectos críticos de la gestión de la información	A la Jefatura, responsable de gestión de la información y de estadística o quien haga sus veces de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Contar con evidencia documentaria de la identificación de aspectos críticos de la gestión de la información. (informe o acta de reunión) • Formula Plan de Mejora de los aspectos críticos de la gestión de la información
GIN 2-2	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados)	El responsable de los sistemas de información de la IPRESS deberá: <ul style="list-style-type: none"> • Contar con documento oficial que registra los procedimientos del método de gestión de la información. (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados). • Evidencia documentaria de la implementación del método
ESTANDAR GIN 3 : El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GIN 3-1	Cuenta con acta de reuniones retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas identifican aspectos críticos, pero no formulan acciones i/o planes de mejora continua	Jefe y responsables de programas y estrategias de la IPRESS, deberá: <ul style="list-style-type: none"> • Programar reuniones mensuales de análisis y retroalimentación <i>de la información, con la presencia de más del 80% de personal de la IPRESS.</i> Al responsable de calidad, estadística o quien haga sus veces de la IPRESS, deberá: <ul style="list-style-type: none"> • Formular proyectos de mejora continua.
GIN 3-2	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.
GIN 3-3	El establecimiento de salud cuenta con un espacio donde se muestra la información relevante y actualizada de los proyectos de mejora continua de la información.	Al jefe de IPRESS, jefe de servicios, Resp. Calidad: <ul style="list-style-type: none"> • Contar con información relevante y actualizada de proyectos de mejora continua de la información de la IPRESS

MACROPROCESO 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización (DLDE)

Objetivo y alcance: Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como : bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.

ESTANDAR DLDE1 : El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
DLDE 1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de este proceso.	El jefe de la IPRESS, responsable de epidemiología, gestión de la calidad y saneamiento ambiental: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Socializar</i> el Manual de Desinfección y Esterilización, con el 100% de personal.
DLDE 1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por el personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Socializar</i> la guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo.
DLDE 1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Garantizar</i> la centralización de las diferentes áreas de limpieza, desinfección y esterilización.



ESTANDAR DLDE2 : Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.

CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
DLDE 2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas.	<p>A la jefatura de Microrred, e IPRESS y responsable de programas presupuestales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar y lograr que más del 90% del personal se encuentre protegido al manipular equipos y material usado. • Fortalecer el personal de salud de la IPRESS en el manual de desinfección y esterilización hospitalaria • Proceder a la aplicación de controles fisicoquímicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. • Implementar libro de registro manual de control de daños y pérdidas de materiales y equipos. • Realizar informe periódico del libro de los registros de los procedimientos de esterilización. • Implementar registro manual de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa. • Realizar informe periódico del libro de los registros de control de pérdidas y deterioros de enseres de cama y ropa
DLDE 2-3	Se empaqa y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.	
DLDE 2-4	El establecimiento no aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos.	
DLDE 2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización.	
DLDE 2-6	No se establece un sistema de control de daños, pérdidas de: - Deterioros incensarios de enseres de cama y ropa.	

ESTANDAR DLDE3 : Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.

CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
DLDE 3-1	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está protegido parcialmente de acuerdo con la norma de salud ocupacional.	<p>o El jefe de la IPRESS, responsable de recursos humanos, Saneamiento ambiental y personal de limpieza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar stock suficiente de equipos y material al personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres. • Supervisar al personal encargado de la recolección y lavado de la ropa y enseres.
DLDE 3-2	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer al personal de salud en normativa de salud ocupacional (tratamiento especial de la ropa contaminada).
DLDE 3-3	No se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar libro o cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería.
DLDE 3-4	Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Socializar el manual de normas procedimientos del proceso de Lavado y entrega de ropa hospitalaria • Garantizar el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.

ESTANDAR DLDE4 : Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas

CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
DLDE 4-1	El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Programar Monitoreo y supervisión al personal de limpieza en cumplimiento de las dispersiones de los manuales de salud ocupacional y el de manejo de residuos sólidos.
DLDE 4-2	El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Programar Monitoreo y supervisión al personal de limpieza en cumplimiento de las dispersiones de los manuales de salud ocupacional y el de manejo de residuos sólidos.



DLDE 4-3	La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar el comité de manejo de riesgo en la atención (Prevención de IAA – Infecciones Asociadas a la Atención). • Supervisar procesos de limpieza.
DLDE 4-4	Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar acciones de mejora respecto a la limpieza del establecimiento.

MACROPROCESO 19 : Manejo del Riesgo Social (MRS)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.

ESTANDAR MRS 1 : El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
MRS 1-1	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día.	<p>A la responsable de la Unidad de Seguros, responsable de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud de la RSSCCE, Microrredes e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar Reuniones con el responsable de Municipio (Resp. de SISFHO) para socializar y fortalecer al personal de salud el proceso de evaluación del Sistema de focalización de Hogares
MRS 1-2	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.	
MRS 1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC.	
MRS 1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización.	
ESTANDAR MRS 2 : El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
MRS 2-1	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican.	<p>Al Personal de salud responsable de la PAUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con información de la cantidad y porcentaje de la población afiliada.

MACROPROCESO 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales.

ESTANDAR GIM 1: Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales. El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GIM 1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes.	<p>La Jefatura de la Unidad de Logística de la RSCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar las líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos y materiales.



GIM 1-2	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de.	Jefatura de la IPRESS y el responsable de patrimonio, deberá: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar Plan Anual de Necesidades de bienes estratégicos por servicio incluidos en el Plan Anual de Necesidades del EESS
GIM 1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el KARDEX o registro para el control de salida y entrada de insumos y equipos médicos Resp. Patrimonio.
ESTANDAR GIM 2: Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GIM 2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos.	Al jefe de Microrred, e IPRESS, responsables de programas presupuestales, servicios de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el requerimiento de bienes estratégicos según el plan anual de necesidades. • Contar con informe de bienes recibidos
GIM 2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes.	
GIM 2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	
GIM 2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales	

MACROPROCESO 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas

ESTANDAR EIF 1 : El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
EIF 1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	Al jefe de Unidad de Patrimonio de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Socializar a las 49 IPRESS el Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de la RSCCE, en un plazo de 90 días. Jefe de Micro Red e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la presencia del 100% de IPRESS en la socialización de parte de patrimonio de la RSCCE.
EIF 1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA).	
EIF 1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.	Al Jefe de la Unidad de Patrimonio de la Y resp. Emergencias y desastres RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar a la Dirección Ejecutiva la coordinación para la firma de convenios con las Autoridades provinciales para la elaboración de proyectos de inversión. Al jefe de Microrred e IPRESS <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con autoridades locales la viabilizarían



EIF 1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año.	Al jefe de la Unidad de Patrimonio: • Reiterar la contratación de un personal para el mantenimiento preventivo y de recuperación de infraestructura.
EIF 1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.	Al jefe de IPRESS y Microrred: • Solicitar a la Dirección Ejecutiva la contratación de una persona para el mantenimiento preventivo y de infraestructura.
EIF 1-6	A nivel de IPRESS se cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos, pero no es socializado con todo el personal del EE.SS.	
EIF 1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.	Al jefe de la Unidad de Patrimonio de la RSCCE: ○ Socializar al equipo de Gestión de Microrredes el adecuado llenado y manejo del inventario que se cuenta a la fecha. En un plazo de 60 días.
EIF 1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.	Al jefe de Microrred e IPRESS ○ Socializar y analizar el Sistema de inventario electrónico, con la operatividad de los equipos del establecimiento de salud. En un plazo de 90 días, y realizar un informe técnico de la situación del inventario.
EIF 1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado.	
ESTANDAR EIF 2 : El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
EIF 2-1	Existe un procedimiento de verificación de inventarios actualizado (equipos con rótulos visibles) y el informe de resultados (no concordancias, faltantes, etc.) se remite a los niveles directivos.	
EIF 2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.	A la Jefatura de Microrred e IPRESS ○ Realizar análisis del inventario del establecimiento de salud y generar los planes y requerimientos necesarios (mantenimiento correctivo, preventivo de los mismos)
EIF 2-3	Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos..	



ANEXO 02: RESULTADOS SEMAFORIZADOS DE AUTOEVALUACION

PRIMER NIVEL DE ATENCION

**UNIDAD EJECUTORA 401 RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS
CANCHIS ESPINAR**

48 IPRESS

2023



MICRO RED YAURI 2023



Establecimiento : 00002410-YAURI
Tipo de Establecimiento : I-4
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

MACROPROCESO									CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	40.64	15.54	38.24	152.02	78.38	51.56
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30.48	25.10	82.35			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35.56	18.65	52.44			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35.56	18.67	52.50			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10.16	3.45	34.00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25.40	10.26	40.38	173.74	111.79	64.34
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35.56	25.99	73.08			
Atención extramural	10	7	3	0	10	35.56	31.46	88.46			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35.56	13.49	37.93			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35.56	20.59	57.89			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	12.70	9.24	72.73	108.59	60.06	55.31
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12.70	7.62	60.00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12.70	9.21	72.50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12.70	8.13	64.00			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12.70	4.11	32.35			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12.70	6.11	48.15			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12.70	8.66	68.18			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	12.70	3.42	26.92			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12.70	6.72	52.94			
Total	254	115	113	26	254	434.34	246.40		434.35	250.23	
									Puntaje Final (%)	58	



Establecimiento : 00002416-PALLPATA
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	5.53	17.65	107.70	30.52	28.34
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	4.20	17.86			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	14.39	52.44			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	5.34	19.44			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	2.89	36.84			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	6.53	33.33			
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	8.00	29.17	123.09	50.51	41.04
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	12.91	47.06			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	12.86	46.88			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	2.67	27.27	76.93	24.90	32.37
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	6.53	66.67			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	5.16	52.63			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	1.87	19.05			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	2.59	26.47			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	0.89	9.09			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	6.74	68.75			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	0.00	0.00			
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	2.10	21.43			
Total	196	95	83	18	196	307.72	101.21		307.72	105.93	
								Puntaje Final (%)	34		



Establecimiento : 00002414-HUAYHUAHUASI
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

										MACROPROCESO			CATEGORIAS		
										Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%				
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	14.62	69.23	70.22	36.98	52.66				
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.35	46.43							
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	9.49	51.35							
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	10.35	56.00							
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.64	50.00							
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.20	31.82	80.26	51.98	64.76				
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	8.73	47.22							
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	8.70	47.06							
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00							
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	24.10	48.05				
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.75	41.67							
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.88	58.82							
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09	200.64	113.06					
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.40	36.36							
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	2.83	42.86							
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	2.64	40.00							
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.57	38.89	200.64	113.06					
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67							
Total	132	63	54	15	132	200.64	109.93		200.64	113.06					
										Puntaje Final (%)	56				



Establecimiento : 00002415-OCCORURO
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	7.31	34.62	70.22	25.28	36.00
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	2.83	17.86			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	8.49	45.95			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	8.87	48.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.16	40.91			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	3.60	27.27			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	5.65	30.56	80.26	17.62	21.95
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	6.52	35.29			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	19.27	38.42
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.85	58.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	0.58	8.82			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.40	36.36			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.41	21.43			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	2.64	40.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.20	33.33			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	3.30	50.00			
Total	132	63	54	15	132	200.64	65.72		200.64	62.17	
								Puntaje Final (%)	31		



Establecimiento : 00002417-PICHIGUA ESPIN/
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

										MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria				
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%				
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	18.68	88.46	70.22	41.63	59.29				
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	6.79	42.86							
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	4.25	22.97							
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	13.31	72.00							
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.36	63.64							
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	8.40	63.64							
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	8.73	47.22	80.26	48.83	60.84				
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	6.52	35.29							
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00							
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	37.51	74.78				
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	5.50	83.33							
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	6.21	94.12							
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.00	90.91							
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	4.80	72.73							
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.77	57.14							
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00							
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00							
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	6.60	100.00							
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	0.00	0.00							
Total	132	63	54	15	132	200.64	127.99		200.64	127.97					
									Puntaje Final (%)	64					



Establecimiento : 00002419-SUYKUTAMBO
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	11.37	53.85	70.22	43.33	61.71
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	13.01	82.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	10.49	56.76			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.46	62.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	4.08	77.27			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.60	50.00	80.26	71.30	88.84
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	12.83	69.44			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	17.94	97.06			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	24.86	49.56
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	1.55	23.53			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	1.80	27.27			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	6.60	100.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	2.36	35.71			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.20	33.33	200.64	139.49	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	3.30	50.00			
Total	132	63	54	15	132	200.64	132.43				
								Puntaje Final (%)	70		



Establecimiento : 00002420-ACCOCUNCA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	4.06	19.23	70.22	20.03	28.52
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	2.26	14.29			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	10.74	58.11			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	6.65	36.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.64	50.00			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	0.00	0.00	80.26	17.66	22.00
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	5.13	27.78			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	7.07	38.24			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	18.96	37.80
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.20	33.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.69	55.88			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	1.20	18.18	200.64	56.65	
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	2.40	36.36			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.89	28.57			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	5.28	80.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.00	0.00	200.64	56.65	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	3.30	50.00			
Total	132	63	54	15	132	200.64	58.51		200.64	56.65	
									Puntaje Final (%)	28	



Establecimiento : 00002413-URINSAYA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	6.50	30.77	70.22	31.06	44.23
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	8.49	53.57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	9.74	52.70			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.83	64.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	1.92	36.36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	2.40	18.18			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	7.19	38.89	80.26	27.72	34.54
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	2.72	14.71			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	28.64	57.10
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.75	41.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.49	52.94			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.70	86.36			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	5.10	77.27			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.89	28.57			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	4.62	70.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	4.40	66.67			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	90.16		200.64	87.42	
									Puntaje Final (%)	44	



Establecimiento : 00006745-TINTAYA MARQUI
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	12.91	71.43	60.12	28.30	47.07
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	4.36	32.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	3.63	22.97			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	10.32	65.22			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.05	45.45			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.96	35.00	68.70	52.03	75.74
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	10.11	63.89			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	10.02	63.33			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	24.24	56.45
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	0.94	16.67			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	4.24	75.00			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	5.65	100.00	42.94	24.24	56.45
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	4.52	80.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	1.70	30.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	2.83	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	2.83	50.00	42.94	24.24	56.45
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	98.70		171.76	104.57	
									Puntaje Final (%)	61	



Establecimiento : 00002411-CONDOROMA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	3.87	21.43	60.12	17.16	28.54
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	1.45	10.71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	6.63	41.89			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	5.85	36.96			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	0.82	18.18			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.96	35.00	68.70	50.76	73.89
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	9.23	58.33			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	10.02	63.33			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	22.37	52.10
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	2.83	50.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	4.71	83.33			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.84	85.71			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	2.26	40.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	0.57	10.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.96	70.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	1.57	27.78			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	81.20		171.76	90.29	
									Puntaje Final (%)	53	



Establecimiento : 00002418-SAN MIGUEL
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

										MACROPROCESO		CATEGORIAS	
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria		
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%		
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	6.46	35.71	60.12	18.77	31.22		
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	2.91	21.43					
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	5.13	32.43					
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	6.19	39.13					
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	0.62	13.64					
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.39	30.00					
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	3.52	22.22	68.70	20.36	29.64		
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	2.64	16.67					
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00					
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	18.00	41.92		
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	1.88	33.33					
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	3.30	58.33					
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.04	71.43					
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	1.13	20.00					
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	0.57	10.00					
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.96	70.00					
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00					
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	1.26	22.22					
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00					
Total	113	56	43	14	113	171.76	57.70		171.76	57.13			
									Puntaje Final (%)	33			



MICRO RED TECHO OBRERO 2023



Establecimiento : 00002380-TECHO OBRERO
Tipo de Establecimiento : I-4
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	40.64	21.52	52.94	152.02	91.48	60.18
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30.48	11.65	38.24			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35.56	23.85	67.07			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35.56	22.67	63.75			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10.16	6.30	62.00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25.40	21.00	82.69	173.74	110.32	63.50
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35.56	30.77	86.54			
Atención extramural	10	7	3	0	10	35.56	15.04	42.31			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35.56	23.91	67.24			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35.56	20.59	57.89			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	108.59	78.20	72.01
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	12.70	12.70	100.00			
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12.70	3.30	26.00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12.70	12.07	95.00			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12.70	10.92	86.00	108.59	78.20	72.01
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12.70	9.34	73.53			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12.70	4.70	37.04			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12.70	12.70	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	12.70	11.72	92.31	434.35	280.00	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12.70	4.86	38.24			
Total	254	115	113	26	254	434.34	279.62		434.35	280.00	
									Puntaje Final (%)	64	



Establecimiento : 00002371-LAYO
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

MACROPROCESO CATEGORIAS

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	11.07	35.29	107.70	53.04	49.25
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	13.44	57.14			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	15.39	56.10			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	20.58	75.00			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	1.86	23.68			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	5.23	26.67	123.09	60.44	49.10
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	16.01	58.33			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	7.26	26.47			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	17.15	62.50			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	76.93	40.01	52.01
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	0.89	9.09			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	5.72	58.33			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	6.45	65.79			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	8.40	85.71	307.72	153.49	
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	6.92	70.59			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	3.12	31.82			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	5.51	56.25			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	3.27	33.33	307.72	153.49	
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	5.60	57.14			
Total	196	95	83	18	196	307.72	153.86		307.72	153.49	
									Puntaje Final (%)	50	



Establecimiento : 00002388-MARANGANI
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	8.30	26.47	107.70	48.90	45.40
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	13.44	57.14			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	19.41	70.73			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	8.38	30.56			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	1.65	21.05			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	11.11	56.67			
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	12.01	43.75	123.09	59.73	48.53
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	19.37	70.59			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	8.58	31.25			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	9.80	100.00	76.93	37.18	48.33
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	4.90	50.00			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	5.42	55.26			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	7.00	71.43			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	3.75	38.24			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	7.13	72.73			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	1.84	18.75			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	0.00	0.00			
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	2.80	28.57			
Total	196	95	83	18	196	307.72	144.87		307.72	145.81	
									Puntaje Final (%)	47	



Establecimiento : 00002369-LANGUI
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	8.94	42.31	70.22	48.88	69.61
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	8.49	53.57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	15.98	86.49			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	17.00	92.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.12	59.09			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	10.80	81.82			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	17.97	97.22	80.26	69.29	86.33
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	11.41	61.76			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	28.95	57.72
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.95	75.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	6.21	94.12			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	4.50	68.18			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	1.41	21.43			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.73	11.11			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	3.30	50.00			
Total	132	63	54	15	132	200.64	142.66		200.64	147.12	
									Puntaje Final (%)	73	



Establecimiento : 00002391-OCCOBAMBA MA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	11.37	53.85	70.22	34.92	49.73
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.35	46.43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.24	66.22			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	8.87	48.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	1.92	36.36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.20	31.82	80.26	10.58	13.18
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	5.13	27.78			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	2.17	11.76			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	25.86	51.56
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.75	41.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.27	64.71			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	4.80	72.73			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.30	50.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.00	0.00			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	80.48		200.64	71.36	
									Puntaje Final (%)	36	



Establecimiento : 00002390-CCUYO
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	10.33	57.14	60.12	42.41	70.54
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	12.59	92.86			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	13.47	85.14			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	12.72	80.43			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	3.29	72.73			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.39	30.00	68.70	33.46	48.70
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	5.71	36.11			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	9.49	60.00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	27.04	62.97
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	0.94	16.67			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	5.41	95.83			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.84	85.71			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.39	60.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	5.09	90.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	5.65	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	0.31	5.56			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	107.37		171.76	102.91	
									Puntaje Final (%)	60	



Establecimiento : 00002389-CHECTUYOC
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	6.46	35.71	60.12	20.84	34.66
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	3.87	28.57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	4.06	25.68			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	9.63	60.87			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	0.00	0.00			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.39	30.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	3.52	22.22	68.70	23.41	34.08
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	4.75	30.00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	18.14	42.24
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	4.71	83.33			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	2.12	37.50			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	3.23	57.14			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	2.26	40.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	3.39	60.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.39	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	0.00	0.00			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	0.00	0.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	62.68		171.76	62.39	
									Puntaje Final (%)	36	



Establecimiento : 00002379-HERCCA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	11.62	64.29	60.12	35.59	59.20
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	11.62	85.71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	11.12	70.27			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	7.22	45.65			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	1.85	40.91			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	3.39	30.00	68.70	31.68	46.11
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	6.59	41.67			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	7.38	46.67			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	23.02	53.61
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	0.94	16.67			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	4.24	75.00			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	3.23	57.14	42.94	23.02	53.61
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	4.52	80.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	5.09	90.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.39	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	0.00	0.00	Total	90.29	
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	92.94		171.76	90.29	
									Puntaje Final (%)	53	



Establecimiento : 00002370-CONDEVILUYO
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	10.33	57.14	60.12	34.29	57.04
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	5.33	39.29			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	11.12	70.27			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	9.97	63.04			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	3.29	72.73			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	5.09	45.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	6.15	38.89	68.70	31.81	46.30
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	7.91	50.00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	24.68	57.48
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	0.94	16.67			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	5.18	91.67			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.04	71.43			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	4.52	80.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	3.96	70.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	4.52	80.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	0.00	0.00			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	93.07		171.76	90.78	
									Puntaje Final (%)	53	



MICRO RED TECHO OBRERO 2023



MICRO RED YANAOCA 2023



MICRO RED YANAOCA 2023



Establecimiento : 00002364-YANAOCA
Tipo de Establecimiento : I-4
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

Macroprocesos	Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	40.64	14.34	35.29	152.02	81.63	53.70
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30.48	12.55	41.18			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35.56	24.72	69.51			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35.56	17.34	48.75			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10.16	6.50	64.00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25.40	20.03	78.85			
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35.56	18.46	51.92	173.74	85.72	49.34
Atención extramural	10	7	3	0	10	35.56	9.57	26.92			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35.56	15.94	44.83			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35.56	26.20	73.68			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	12.70	7.50	59.09	108.59	36.36	33.48
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12.70	1.02	8.00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12.70	4.45	35.00			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12.70	8.64	68.00			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12.70	0.37	2.94			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12.70	6.35	50.00			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12.70	6.35	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	12.70	0.98	7.69			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12.70	2.61	20.59			
Total	254	115	113	26	254	434.34	203.92		434.35	203.71	
									Puntaje Final (%)	47	



Establecimiento : 00018241-HAMPATURA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	10.56	50.00	70.22	36.86	52.49
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	6.22	39.29			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.74	68.92			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	14.78	80.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.40	45.45			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	1.80	13.64			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	8.73	47.22	80.26	57.48	71.62
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	12.50	67.65			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	27.30	54.43
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.20	33.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	5.24	79.41			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.60	54.55			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.77	57.14			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.47	22.22			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	116.95		200.64	121.64	
									Puntaje Final (%)	61	



Establecimiento : 00002365-PONGOÑA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	8.12	38.46	70.22	29.89	42.57
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	2.83	17.86			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	10.99	59.46			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	13.68	74.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	1.92	36.36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	1.80	13.64	80.26	38.21	47.61
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	4.11	22.22			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	3.80	20.59			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	27.16	54.15
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.30	50.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.85	73.53			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.80	27.27			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	4.71	71.43			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.47	22.22			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	94.32		200.64	95.26	
									Puntaje Final (%)	47	



Establecimiento : 00002372-PAMPAMARCA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	7.31	34.62	70.22	31.67	45.10
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	3.39	21.43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.74	68.92			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	13.31	72.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.12	59.09			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	1.80	13.64			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	4.11	22.22	80.26	43.71	54.46
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	7.61	41.18			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	25.36	50.56
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.20	33.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.27	64.71			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00	200.64	100.74	
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.47	22.22			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	98.56		200.64	100.74	
								Puntaje Final (%)	50		



Establecimiento : 00002373-QUEHUE
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

Macroprocesos	Nro total criterios					MACROPROCESO	CATEGORIAS				
	Criterios eval	E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
						Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	8.94	42.31	70.22	36.13	51.45
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.92	50.00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.99	64.86			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	13.31	72.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.60	68.18			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	1.80	13.64			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	6.67	36.11	80.26	41.92	52.23
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	3.80	20.59			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	28.17	56.16
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.30	50.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	5.44	82.35			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.80	27.27			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.19	78.57			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.47	22.22			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	106.15		200.64	106.22	
									Puntaje Final (%)	53	



Establecimiento : 00002374-HUINCHIRI
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	7.31	34.62	70.22	25.68	36.57
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	5.09	32.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.74	68.92			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	5.17	28.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.88	54.55			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	0.60	4.55	80.26	39.47	49.18
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	7.70	41.67			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	1.09	5.88			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	15.33	30.56
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.20	33.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	1.16	17.65			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.30	50.00			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.20	18.18			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	0.94	14.29			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	0.00	0.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.93	44.44	200.64	80.48	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	77.20		200.64	80.48	
									Puntaje Final (%)	40	



Establecimiento : 00002376-TUNGASUCA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	13.81	65.38	70.22	44.80	63.80
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	9.62	60.71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	15.48	83.78			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	13.68	74.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	4.56	86.36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	1.80	13.64			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	11.81	63.89	80.26	58.01	72.28
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	9.78	52.94			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	25.39	50.62
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.30	50.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.66	70.59			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.30	95.45			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.80	27.27			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.77	57.14			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.73	11.11			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	125.74		200.64	128.20	
									Puntaje Final (%)	64	



Establecimiento : 00002375-SURIMANA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	9.04	50.00	60.12	26.12	43.45
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	3.87	28.57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	7.27	45.95			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	11.01	69.57			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.05	45.45			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	1.13	10.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	4.83	30.56	68.70	26.84	39.07
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	5.80	36.67			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	27.60	64.28
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	5.65	100.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	4.47	79.17			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	5.25	92.86			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.39	60.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	2.83	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.39	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	1.26	22.22			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	81.97		171.76	80.56	
									Puntaje Final (%)	47	



Establecimiento : 00002377-TOCCOCCORI
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				MACROPROCESO			CATEGORIAS		
		E	P	R	T	Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		Total	Total	%	Total	Total	%				
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	9.04	50.00	60.12	27.94	46.47
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	6.30	46.43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	10.05	63.51			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	8.60	54.35			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	1.64	36.36			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	1.13	10.00	68.70	31.93	46.48
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	3.08	19.44			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	3.16	20.00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	22.88	53.28
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	3.77	66.67			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	2.83	50.00			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.44	78.57			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.39	60.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	2.83	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	3.39	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	0.63	11.11			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	82.90		171.76	82.75	
									Puntaje Final (%)	48	



MICRO RED PAMPAPHALLA 2023



Establecimiento : 00002384-PAMPAPHALLA
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

MACROPROCESO
CATEGORIAS

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	18.45	58.82	107.70	69.73	64.74
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	17.64	75.00			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	21.75	79.27			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	15.24	55.56			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	6.60	84.21			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	9.15	46.67			
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	17.72	64.58	123.09	64.21	52.17
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	8.07	29.41			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	17.15	62.50			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	8.02	81.82	76.93	56.90	73.96
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	6.53	66.67			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	6.45	65.79			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	8.87	90.48			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	8.94	91.18			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	8.46	86.36			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	9.80	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	3.27	33.33			
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	4.90	50.00			
Total	196	95	83	18	196	307.72	197.00		307.72	190.84	
									Puntaje Final (%)	62	



Establecimiento : 00002383-LA FLORIDA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	9.75	46.15	70.22	36.46	51.92
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	9.05	57.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	10.99	59.46			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.83	64.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.36	63.64			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	3.00	22.73			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	10.78	58.33	80.26	47.08	58.66
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	12.50	67.65			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	9.24	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	29.36	58.53
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	6.05	91.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	5.63	85.29			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	2.70	40.91			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	4.50	68.18			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	3.67	55.56			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	1.10	16.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	111.40		200.64	112.90	
									Puntaje Final (%)	56	



Establecimiento : 00002381-QUEHUAR
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimi ento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimien to x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	12.18	57.69	70.22	44.78	63.77
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	15.84	100.00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.74	63.51			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	12.57	68.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.40	45.45			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.20	31.82			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	11.81	63.89	80.26	55.65	69.34
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	8.15	44.12			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	31.98	63.76
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	5.24	79.41			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.00	90.91			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	6.13	92.86			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	1.83	27.78			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	131.03		200.64	132.41	
									Puntaje Final (%)	66	



Establecimiento : 00002394-SAN PABLO CAN
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

MACROPROCESO	CATEGORIAS
--------------	------------

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	14.62	69.23	70.22	49.28	70.18
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	15.84	100.00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.49	67.57			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.46	62.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	5.04	95.45			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	5.40	40.91			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	16.94	91.67	80.26	74.88	93.30
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	16.31	88.24			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	28.69	57.20
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.95	75.00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	6.21	94.12			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	4.80	72.73			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	4.20	63.64			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	4.24	64.29			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.73	11.11			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	1.10	16.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	146.77		200.64	152.85	
									Puntaje Final (%)	76	



Establecimiento : 00002396-SAN PEDRO CAN
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimi ento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimien to x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	10.56	50.00	70.22	40.76	58.05
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	10.18	64.29			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	11.24	60.81			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	11.46	62.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.60	68.18			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	6.60	50.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	13.86	75.00	80.26	65.70	81.86
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	13.04	70.59			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	30.60	61.00
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	3.85	58.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.46	67.65			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.60	100.00			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.19	78.57			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	5.28	80.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	0.73	11.11			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	131.24		200.64	137.06	
									Puntaje Final (%)	68	



Establecimiento : 00002395-SANTA BARBARA/
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimi ento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimien to x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	2.44	11.54	70.22	27.11	38.61
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	3.39	21.43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	12.49	67.57			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	12.20	66.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	0.96	18.18			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.20	31.82	80.26	41.83	52.12
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	7.70	41.67			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	2.72	14.71			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	27.38	54.59
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	2.75	41.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.30	50.00			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	3.30	50.00			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	1.50	22.73			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	3.30	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	3.67	55.56	200.64	96.32	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	93.39		200.64	96.32	
									Puntaje Final (%)	48	



Establecimiento : 00026387-MENTAL COMUNI
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	11.37	53.85	70.22	38.91	55.41
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	13.58	85.71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	10.99	59.46			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	9.98	54.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	2.88	54.55			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	2.40	18.18			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	8.21	44.44	80.26	55.17	68.74
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	11.41	61.76			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	27.72	55.26
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	5.50	83.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	0.97	14.71			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.90	59.09			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	0.94	14.29			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	6.60	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	3.67	55.56			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	118.48		200.64	121.80	
								Puntaje Final (%)	61		



Establecimiento : 00002393-PHINAYA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	7.75	42.86	60.12	33.19	55.21
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	7.75	57.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	10.05	63.51			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	11.35	71.74			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.26	50.00			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	4.52	40.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	9.23	58.33	68.70	53.05	77.22
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	11.60	73.33			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	28.24	65.77
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	5.65	100.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	5.41	95.83			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.04	71.43			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.39	60.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	3.39	60.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	2.83	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	2.20	38.89			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	110.05		171.76	114.48	
									Puntaje Final (%)	67	



Establecimiento : 00002382-UZCUPATA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	12.91	71.43	60.12	36.88	61.34
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	12.59	92.86			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	9.83	62.16			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	7.22	45.65			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	3.70	81.82			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	2.26	20.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	7.47	47.22	68.70	30.66	44.63
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	13.71	86.67			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	0.00	0.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	29.25	68.12
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	5.65	100.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	2.59	45.83			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	4.84	85.71			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	5.09	90.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	3.39	60.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	4.52	80.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	1.88	33.33			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	100.49		171.76	96.79	
									Puntaje Final (%)	56	



MICRO RED COMBAPATA 2023



MICRO RED COMBAPATA 2023



Establecimiento : 00002386-COMBAPATA CA
Tipo de Establecimiento : I-4
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	40.64	21.52	52.94	152.02	71.27	46.88
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30.48	16.14	52.94			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35.56	16.48	46.34			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35.56	9.78	27.50			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10.16	5.28	52.00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25.40	14.17	55.77	173.74	96.02	55.27
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35.56	23.25	65.38			
Atención extramural	10	7	3	0	10	35.56	23.25	65.38			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35.56	19.01	53.45			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35.56	13.10	36.84			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	108.59	50.87	46.85
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	12.70	10.39	81.82			
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12.70	3.05	24.00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12.70	2.22	17.50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12.70	9.91	78.00	108.59	50.87	46.85
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12.70	2.24	17.65			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12.70	7.76	61.11			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12.70	9.81	77.27			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	12.70	2.93	23.08	434.35	218.16	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12.70	5.23	41.18			
Total	254	115	113	26	254	434.34	215.51		Puntaje Final (%)	50	



Establecimiento : 00002392-PITUMARCA
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	17.52	55.88	107.70	79.44	73.76
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	17.64	75.00			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	21.75	79.27			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	27.06	98.61			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	7.43	94.74			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	9.80	50.00	123.09	61.19	49.71
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	9.15	33.33			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	12.91	47.06			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	18.87	68.75			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	76.93	45.69	59.39
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	7.57	77.27			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	7.35	75.00			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	2.58	26.32			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	9.10	92.86	307.72	186.32	
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	5.19	52.94			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	4.90	50.00			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	6.13	62.50			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	3.27	33.33	307.72	186.32	
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	6.30	64.29			
Total	196	95	83	18	196	307.72	194.51		307.72	186.32	
									Puntaje Final (%)	61	



Establecimiento : 00002397-TINTA
Tipo de Establecimiento : I-3
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31.36	15.68	50.00	107.70	72.32	67.15
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23.52	18.48	78.57			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27.44	18.07	65.85			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27.44	23.63	86.11			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7.84	5.16	65.79			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19.60	11.11	56.67			
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27.44	21.72	79.17	123.09	98.48	80.01
Atención extramural	13	9	4	0	13	27.44	20.98	76.47			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27.44	23.15	84.38			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	9.80	8.91	90.91	76.93	50.37	65.48
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9.80	4.08	41.67			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9.80	2.58	26.32			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9.80	9.10	92.86			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9.80	3.17	32.35			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9.80	4.01	40.91			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9.80	9.80	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	9.80	9.80	100.00			
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9.80	6.30	64.29			
Total	196	95	83	18	196	307.72	215.73		307.72	221.17	
									IIIIII	72	



Establecimiento : 00002385-CHECACUPE
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

		MACROPROCESO							CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	19.50	92.31	70.22	56.63	80.65
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	15.84	100.00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	14.98	81.08			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	16.63	90.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	3.36	63.64			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	4.20	31.82			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	16.94	91.67	80.26	60.72	75.65
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	6.52	35.29			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	39.89	79.53
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.08	61.76			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.70	86.36			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	6.13	92.86			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	5.28	80.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	6.60	100.00			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	158.44		200.64	157.24	
									Puntaje Final (%)	78	



Establecimiento : 00002387-CHIARA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

MACROPROCESO CATEGORIAS

Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	18.68	88.46	70.22	33.84	48.19
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	7.35	46.43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	2.25	12.16			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	6.28	34.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	4.56	86.36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	5.40	40.91			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	11.81	63.89	80.26	37.55	46.79
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	14.13	76.47			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	0.00	0.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	34.98	69.74
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	4.40	66.67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	4.46	67.65			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	6.00	90.91			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	5.40	81.82			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.19	78.57			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.30	50.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	5.87	88.89			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	2.20	33.33			
Total	132	63	54	15	132	200.64	107.28		200.64	106.37	
									Puntaje Final (%)	53	



Establecimiento : 00002320-MOSOCLLACTA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	15.50	85.71	60.12	43.14	71.76
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	6.30	46.43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	12.19	77.03			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	14.10	89.13			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.47	54.55			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	6.22	55.00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	11.43	72.22	68.70	34.86	50.74
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	4.75	30.00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	7.91	50.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	26.66	62.09
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	2.83	50.00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	5.18	91.67			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	5.25	92.86			
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	3.96	70.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	1.13	20.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	5.65	100.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	1.26	22.22			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	108.91		171.76	104.66	
									Puntaje Final (%)	61	



MICRO RED EL DESCANSO 2023



Establecimiento : 00007700-EL DESCANSO
Tipo de Establecimiento : I-4
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	40.64	19.12	47.06	152.02	87.47	57.54
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30.48	21.52	70.59			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35.56	21.68	60.98			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35.56	19.56	55.00			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10.16	7.72	76.00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25.40	12.70	50.00	173.74	105.13	60.51
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35.56	24.62	69.23			
Atención extramural	10	7	3	0	10	35.56	15.04	42.31			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35.56	22.07	62.07			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35.56	24.33	68.42			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	108.59	58.89	54.23
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	6	1	5	0	6	12.70	8.66	68.18			
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12.70	7.37	58.00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12.70	6.03	47.50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12.70	8.38	66.00			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12.70	5.98	47.06			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12.70	9.41	74.07			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12.70	9.24	72.73			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	12.70	2.44	19.23	434.35	251.49	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12.70	4.48	35.29			
Total	254	115	113	26	254	434.34	250.35		Puntaje Final (%)	58	



Establecimiento : 00002366-CHECCA
Tipo de Establecimiento : I-2
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
		E	P	R	T	Total	Total	%	Total	%	
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21.12	11.37	53.85	70.22	45.03	64.13
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15.84	10.18	64.29			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18.48	15.73	85.14			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18.48	14.04	76.00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5.28	4.32	81.82			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13.20	3.60	27.27			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18.48	13.86	75.00	80.26	68.06	84.80
Atención extramural	13	9	4	0	13	18.48	14.68	79.41			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18.48	18.48	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	50.16	32.46	64.71
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6.60	5.50	83.33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6.60	3.49	52.94			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6.60	5.70	86.36			
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6.60	3.00	45.45			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6.60	5.19	78.57			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6.60	3.96	60.00	200.64	145.55	
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	6.60	2.93	44.44			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6.60	4.40	66.67			
Total	132	63	54	15	132	200.64	140.44		200.64	73	
								Puntaje Final (%)	73		



Establecimiento : 00002367-CHITIBAMBA
Tipo de Establecimiento : I-1
Fase: AutoEvaluación
Año: 2023
Periodo : 1

						MACROPROCESO			CATEGORIAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18.08	15.50	85.71	60.12	37.52	62.41
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13.56	7.75	57.14			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15.82	10.05	63.51			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15.82	9.29	58.70			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4.52	2.26	50.00			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11.30	4.52	40.00	68.70	45.93	66.86
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15.82	10.11	63.89			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15.82	5.80	36.67			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	15.82	15.82	100.00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	42.94	21.59	50.28
Docencia e Investigación	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5.65	0.94	16.67			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5.65	2.83	50.00			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5.65	5.65	100.00	42.94	21.59	50.28
Gestión de la información	4	3	1	0	4	5.65	2.83	50.00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	3	2	0	1	3	5.65	2.83	50.00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	5.65	1.70	30.00			
Nutrición y dietética	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Gestión de insumos y materiales	5	2	2	1	5	5.65	3.14	55.56	171.76	105.04	
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5.65	2.83	50.00			
Total	113	56	43	14	113	171.76	103.81		171.76	105.04	
									Puntaje Final (%)	61	



ANEXO 03: CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE LA RSSCCE

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 206-2023 – GR.
CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH



Resolución Directoral

N° 206 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuaní, 10 de mayo de 2023.

Vistos: El Informe N° 340-2023-GRCUSCO/DRSC/UE.401/SCCE/DAIS, el Memorándum N°00312-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece las definiciones del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la protección de la salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Establecimiento de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo, cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta en Ministerio de Salud, por lo que con la finalidad de contribuir a mejorar la Calidad de Atención en los Servicios de Salud con solidaridad, equidad y en forma integral, resulta conveniente emitir la presente resolución;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, en las Disposiciones Específicas de la precitada, en el punto 1, inciso c) indica: El Equipo de Acreditación de la Microrred de Establecimientos de Salud, del Establecimiento de Salud o del Servicio, público o privado conformado por un equipo designado por la Dirección de la microrred o la autoridad institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso;

Que, en las Consideraciones Específicas de la precitada, en el punto 6, inciso c) indica: la selección de los evaluadores internos se realiza aplicando los criterios de selección, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones, en los tiempos establecidos; los miembros del equipo eligen a su líder por consenso;

Que, a través del Informe N° 340-2023-G.R.CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS, la Directora de la Dirección de Atención Integral de Salud de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, remite el informe N° 038-2023-GRCUSCO/DRSC/UE401/SCCE/DAIS/OGCS, mediante el cual se solicita la emisión de la resolución directoral de equipos de acreditación y equipo de evaluadores internos de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, de acuerdo a la norma técnica de salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio del 2007, para lo cual se adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00312-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/DE, el Director Ejecutivo 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir resolución directoral de equipos de acreditación y equipo de evaluadores internos de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, a mérito a la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, para lo cual se adjunta el documento de la referencia adjunto en folios (02);



Resolución Directoral

N° 206 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 10 de mayo de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°008-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 06 de enero del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- CONFORMAR, el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, integrado por los siguientes servidores públicos que a continuación se indica:

EQUIPO DE ACREDITACION DE LA U.E. 401-SCCE

EQUIPO DE ACREDITACION DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 - SCCE			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	HAYDEE ANTONIETA RAMOS ZANABRIA	OBSTETRA	COORDINADORA GESTION DE LA CALIDAD
INTEGRANTE	MARTHA ALICIA RAMOS SANCHEZ	ENFERMERA(O)	DIRECTORA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
INTEGRANTE	WASHINGTON MIRANDA VILLAVICENCIO	ABOGADO	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION Y DESARROLLO POTENCIAL HUMANO
INTEGRANTE	LEVI ALINA CUBA VILLAVICENCIO	ENFERMERA(O)	JEFE DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
INTEGRANTE	AVELINO SOTO RAMOS	CIRUJANO DENTISTA	RESPONSABLE DE SERVICIOS DE SALUD

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA U.E. 401-SCCE

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 - SCCE			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	HAYDEE ANTONIETA RAMOS ZANABRIA	OBSTETRA	COORDINADORA GESTION DE LA CALIDAD
INTEGRANTE	CRISTIAN SIXTO VARGAS PORTILLA	MEDICO	MEDICO AUDITOR DE CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	MARTHA ALICIA RAMOS SANCHEZ	ENFERMERA(O)	DIRECTORA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD
INTEGRANTE	LEVI ALINA CUBA VILLAVICENCIO	ENFERMERA(O)	JEFE DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
INTEGRANTE	AVELINO SOTO RAMOS	CIRUJANO DENTISTA	RESPONSABLE DE SERVICIOS DE SALUD
INTEGRANTE	BEATRIZ SANGA VIZA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	FRIDA DELGADO MONTESINOS	OBSTETRA	RESPONSABLE P.P. SALUD MATERNO NEONATAL
INTEGRANTE	GREYSI CARLOS ESTRADA	OBSTETRA	RESPONSABLE REFERENCIAS CONTRAREFERENCIAS
INTEGRANTE	JESICA CONDORI MAMANI	NUTRICIONISTA	COORDINADORA ESANS
INTEGRANTE	SILVIA CCAMA APAZA	OBSTETRA	COORDINADORA P.P. CONTROL Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER
INTEGRANTE	YANELID FRINE QUISPE MAMANI	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	JULIO CESAR CABALLERO APAZA	CIRUJANO DENTISTA	COORDINADOR ESTRATEGIA SANITARIA SALUD BUCAL
INTEGRANTE	KELLY CERPA CRUZ	CIRUJANO DENTISTA	COORDINACION PROMSA
INTEGRANTE	LUCRECIA CACERES LIMACHI	ENFERMERA(O)	COORDINACION ESTRATEGIA SANITARIA INMUNIZACIONES
INTEGRANTE	BRIZEIDA VALDEZ CASTILLO	BIOLOGO(A)	COORDINACION DE LABORATORIOS
INTEGRANTE	PAUL ERNESTO INFANTAS ALENCASTRE	PSICOLOGO	COORDINACION DE P.P. PREVENCIÓN Y CONTROL DE SALUD MENTAL

ARTICULO 2.- ASIGNAR, al Equipo de Acreditación y al Equipo de Evaluadores Internos de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, las funciones que corresponden y demandan según Norma Técnica de Salud N° 050 MINS/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y las normas complementarias, debiendo brindar a cada uno de los integrantes, la programación de actividades y las facilidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones.



Resolución Directoral

N° 206 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 10 de mayo de 2023.

FUNCIONES DE EQUIPO DE ACREDITACION

- i. Realizar acciones de sensibilización y promoción del proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud del ámbito de la Microred.
- ii. Coordina con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- iii. Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud.
- iv. Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud.
- v. Responsable de la información generada.
- vi. Informa a la Red de Servicios de Salud a la que pertenece los resultados de las evaluaciones.
- vii. Promueve la implementación de las recomendaciones en coordinación con la Red de los equipos evaluadores en los establecimientos de salud evaluados.

FUNCIONES DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- i. Verificar que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo ha comunicado oficialmente el inicio de la evaluación interna o autoevaluación (obligatorio) a la GERESA Cusco y esta a su vez a la Unidad Funcional de Calidad en salud del MINSA.
- ii. Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse
- iii. Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes idóneos.
- iv. Tratar la información confidencial con reserva.
- v. Elaborar el Plan de Autoevaluación.
- vi. La comunicación con los evaluados debe ser de manera respetuosa, proactiva y clara.
- vii. Elaborar el Informe Técnico de Evaluación.
- viii. Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO
E 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

M.C. **Rómulo A. Tappe Cruz**
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 73167

ANEXO 04: CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE MICRORREDES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 205-2023 – GR.
CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH



Resolución Directoral

N° 205 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 10 de mayo de 2023.

Vistos: El Informe N° 341-2023-GRCUSCO/DRSC/UE.401/SCCE/DAIS, el Memorándum N°00311-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece las definiciones del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la protección de la salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Establecimiento de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo, cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta en Ministerio de Salud, por lo que con la finalidad de contribuir a mejorar la Calidad de Atención en los Servicios de Salud con solidaridad, equidad y en forma integral, resulta conveniente emitir la presente resolución;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, en las Disposiciones Específicas de la precitada, en el punto 1, inciso c) indica: El Equipo de Acreditación de la Microrred de Establecimientos de Salud, del Establecimiento de Salud o del Servicio, público o privado conformado por un equipo designado por la Dirección de la microrred o la autoridad institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso;

Que, en las Consideraciones Específicas de la precitada, en el punto 6, inciso c) indica: la selección de los evaluadores internos se realiza aplicando los criterios de selección, quienes reciben el entrenamiento para la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar, despliegue de técnicas de evaluación e instrumentalización para la evaluación de los criterios de evaluación y reciben todas las facilidades para cumplir con sus funciones, en los tiempos establecidos; los miembros del equipo eligen a su líder por consenso;

Que, a través del Informe N° 341-2023-G.R.CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS, la Directora de la Dirección de Atención Integral de Salud de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, remite el informe N° 039-2023-GRCUSCO/DRSC/UE401/SCCE/DAIS/OGCS, mediante el cual se solicita la emisión de la resolución directoral de equipos de acreditación y equipo de evaluadores internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, de acuerdo a la norma técnica de salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio del 2007, para lo cual se adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00311-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/DE, el Director Ejecutivo 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir resolución directoral de equipos de acreditación y equipo de evaluadores internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, a mérito a la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, para lo cual se adjunta el documento de la referencia adjunto en folios (04);



Resolución Directoral

N° 205 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuaní, 10 de mayo de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°008-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 06 de enero del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- CONFORMAR, el Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, integrado por los siguientes servidores públicos que a continuación se indica:

EQUIPO DE ACREDITACION LAS MICRO REDES

EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED YAURI			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	LIDA QUISPE CURO	ENFERMERA	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD
INTEGRANTE	NESTOR FERMIN NOA CCASA	CIRUJANO DENTISTA	JEFE DE MICRO RED YAURI
INTEGRANTE	REBECA MAMANI GOMEZ	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	GLADYS COAQUIRA COAQUIRA	ENFERMERA(O)	COORDINADORA EST. SANITARIA INMUNIZACIONES
INTEGRANTE	DINA QUISPE CURO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED TECHO OBRERO			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	ANA ISABEL CHOQUE MONZON VDA DE RODRIGUEZ	OBSTETRA	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	JUAN VLADIMIR FERNANDEZ TAPIA	OBSTETRA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	LIZ MAYRA ZUNIGA QUISPE	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	ELVA ARONI SOLIS	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	EVELYN GABRIELA QUISPE BENIQUE	ENFERMERA(O)	COORDINADORA PROMSA
INTEGRANTE	EFRAIN HUILLCA CAHUANA	TEC. ENFERMERIA	RESPONSABLE DE PERSONAL
EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED YANAOCA			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	YENY PENALVA SAJI	QUIMICO FARMACEUTICO	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	ISABEL SOLEDAD APAZA ALATA	OBSTETRA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	ZORAIDA RITA CCOSCCO ALFARO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	GLADYS MILAGROS PEREZ MENDOZA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED PAMPAPHALLA			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADOR	GUILLERMO VICTOR IZQUIERDO VILLASANTE	CIRUJANO DENTISTA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	LIZ GABRIELA BEDREGAL ROSADO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	SILVIA ROXANA ARAPA APAZA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	NANCY SOTO RAMOS	NUTRICIONISTA	RESPONSABLE PROMSA
EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED COMBAPATA			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	CRISTINA MENDOZA PACSI	ENFERMERA(O)	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	NESTOR WILLIAM CUSACANI MARCA	MEDICO CIRUJANO	INTEGRANTE
INTEGRANTE	LUZGARDA MILAGROS MEDINA CAIRO	ENFERMERA(O)	JEFE MICRO RED / COORDINADORA PP DIT
INTEGRANTE	LOURDES QUISPE SOLORZANO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA PROMSA
INTEGRANTE	KATHYA BIVIANA VALENCIA LLALLA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
EQUIPO DE ACREDITACION DE LA MICRO RED EL DESCANSO			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	MILAGROS CONDORI MORIANO	PSICOLOGO(A)	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	YOAN FRIKA CAHUATA BAEZ	CIRUJANO DENTISTA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	VICTORIA SONCCO CINCHE	ENFERMERA(O)	COORDINADOR P.P. DIT
INTEGRANTE	SONIA EDY FLOREZ ESQUIVEL	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR





GO CUSCO

GO CUSCO

Salud Canas Canchis

Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"CUSCO, PATRIMONIO CULTURAL DEL MUNDO"

Resolución Directoral

N° 205 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/JGYDPH.,

Sicuani, 10 de mayo de 2023.

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LAS MICRO REDES

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED YAURI			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	LIDA QUISPE CURO	ENFERMERA	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD
INTEGRANTE	NESTOR FERMIN NOA CCASA	CIRUJANO DENTISTA	JEFE DE MICRO RED YAURI
INTEGRANTE	REBECA MAMANI GOMEZ	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	GLADYS COAQUIRA COAQUIRA	ENFERMERA(O)	COORDINADORA EST. SANITARIA INMUNIZACIONES
INTEGRANTE	DINA QUISPE CURO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	SUSAN CAROLYNNE APAZA ALVAREZ	OBSTETRA	JEFE P.S. TINTAYA MARQUIRI
INTEGRANTE	ROBERTO ELI ESPINO VENTURA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. CONDOROMA
INTEGRANTE	MELVIN JERSI GOMEZ RAMOS	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. COPORAQUE
INTEGRANTE	ARNOLD DANELLY ARREDONDO AYMA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. URINSAYA
INTEGRANTE	JEAN PIERRE JORGE TAPIA FLORES	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. HUAYHUHUASI
INTEGRANTE	ANA LIZETH BARRETO NOA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. SUYKUTAMBO
INTEGRANTE	EDWARD FERNANDO CAMINO CARRASCO	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. SAN MIGUEL
INTEGRANTE	YULY ALVAREZ ALARCON	ENFERMERA(O)	JEFE P.S. PICHIGUA
INTEGRANTE	BRAYAN RAUL MIRANDA CHAVEZ	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. OCCORURO
INTEGRANTE	OSCAR EDAVID SALAS DIAZ	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. ACCOCUNCA
INTEGRANTE	ADELA MACHACA MAMANI	OBSTETRA	JEFE CS. PALLPATA
INTEGRANTE	DENNIS DANIEL FLORES FLORES	MEDICO	JEFE C.S.M.C. ESPINAR
INTEGRANTE	SUSAN CAROLYNNE APAZA ALVAREZ	OBSTETRA	JEFE P.S. TINTAYA MARQUIRI
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED TECHO OBRERO			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	ANA ISABEL CHOQUE MONZON VDA DE RODRIGUEZ	OBSTETRA	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	JUAN VLADIMIR FERNANDEZ TAPIA	OBSTETRA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	LIZ MAYRA ZUNIGA QUISPE	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	ELVA ARONI SOLIS	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	EVELYN GABRIELA QUISPE BENIQUE	ENFERMERA(O)	COORDINADORA PROMSA
INTEGRANTE	EFRAIN HUILLCA CAHUANA	TEC. ENFERMERIA	RESPONSABLE DE PERSONAL
INTEGRANTE	HEBERT ROJAS SUAREZ	CIRUJANO DENTISTA	JEFE C.S. TECHO OBRERO
INTEGRANTE	LUZ LIDIA CONDE APARICIO	OBSTETRA	JEFE C.S. LAYO
INTEGRANTE	IDANIA BACA CALDERON	MEDICO CIRUJANO	JEFE C.S. MARANGANI
INTEGRANTE	HAYDEE CELIA PACCO MOLINA	ENFERMERA(O)	JEFE P.S. HERCCA
INTEGRANTE	FRANKLIN YEROL PIZARRO MERCADO	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. CHECTUYOC
INTEGRANTE	GRETHSY NIRVANA IBAÑEZ MENDIZABAL	OBSTETRA	JEFE P.S. CCUYO
INTEGRANTE	OLIVIA LUQUE GAMARRA	OBSTETRA	JEFE P.S. CONDEVILUYO
INTEGRANTE	CARMEN ANTONIA QUISPE HUAMANI	OBSTETRA	JEFE P.S. LANGUI
INTEGRANTE	JONATHAN ISRAEL DE LA CRUZ ZAVALA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. OCCOBAMBA
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED YANAACA			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	YENY PEÑALVA SAJI	QUIMICO FARMACEUTICO	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	ISABEL SOLEDAD APAZA ALATA	OBSTETRA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	ZORAIDA RITA CCOSCCO ALFARO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	GLADYS MILAGROS PEREZ MENDOZA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	FREDY ISMAEL PINTO VARGAS	MEDICO CIRUJANO	JEFE C.S. YANAACA
INTEGRANTE	MITSHY XIMENA PUMA PACCORI	ENFERMERA(O)	JEFE C.S. CCOCHAPATA
INTEGRANTE	JUDITH MAMANI SOTO	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. HAMPATURA
INTEGRANTE	IORELA CLARIZA QUISPE QUISPE	ENFERMERA(O)	JEFE P.S. HUINCHIRI
INTEGRANTE	LIZETH GOMEZ CARLIN	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. PAMPAMARCA
INTEGRANTE	LUIS FERNANDO PAREJA MUJICA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. PONGONA
INTEGRANTE	BENEDICTA MAXIMINA GUTIERREZ CUBA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. QUEHUE
INTEGRANTE	RUTH YOVANA CONDORI CONDORI	ENFERMERA(O)	JEFE P.S. SURIMANA
INTEGRANTE	MARLENY APAZA CHACO	ENFERMERA(O)	JEFE P.S. TOCCOCORI
INTEGRANTE	FRITZ PILAR VILLALVA UGARTE	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. TUNGASUCA
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED PAMPAPHALLA			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADOR	GUILLERMO VICTOR IZQUIERDO VILLASANTE	CIRUJANO DENTISTA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	LIZ GABRIELA BEDREGAL ROSADO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA P.P. DIT
INTEGRANTE	SILVIA ROXANA ARAPA APAZA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	NANCY SOTO RAMOS	NUTRICIONISTA	RESPONSABLE PROMSA
INTEGRANTE	FERNANDO ARMANDO RAMIREZ CHOQUEHUANCA	CIRUJANO DENTISTA	JEFE C.S. PAMPAPHALLA
INTEGRANTE	GUSTAVO RAFAEL CARLOS HERRERA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. QUEHUAR
INTEGRANTE	MILAGROS KATLEEN CAHUANA CCANA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. SANTA BARBARA
INTEGRANTE	MILAGROS KATLEEN CAHUANA CCANA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. UZCUPATA
INTEGRANTE	BETSY ACHAHUANCO MONTE SINOS	CIRUJANO DENTISTA	JEFE P.S. SAN PABLO
INTEGRANTE	CARMEN NOELIA CUSI LUZA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. SAN PEDRO

3

Trabajemos
con
Integridad

Jr. Garcilaso de la Vega S/n. Tercer Nivel Clínica Municipal – Sicuani
Central Telefónica (084) 352765
direccion@redsaludcce.gob.pe

Resolución Directoral

N° 205 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuaní, 10 de mayo de 2023.

INTEGRANTE	GLORIA ERIKA HEREDIA PEÑA	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. LA FLORIDA
INTEGRANTE	MARIBEL QUILLA CHAMBI	OBSTETRA	JEFE P.S. PHINAYA
INTEGRANTE	GABRIELLA BRISEIDA CARDENAS CHACON	PSICOLOGO(A)	JEFE P.S. CSMC SICUANI
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED COMBAPATA			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	CRISTINA MENDOZA PACSI	ENFERMERA(O)	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	NESTOR WILLIAM CUSACANI MARCA	MEDICO CIRUJANO	INTEGRANTE
INTEGRANTE	LUZGARDA MILAGROS MEDINA CAIRO	ENFERMERA(O)	JEFE MICRO RED / COORDINADORA PP DIT
INTEGRANTE	LOURDES QUISPE SOLORZANO	ENFERMERA(O)	COORDINADORA PROMSA
INTEGRANTE	KATHYA BIVIANA VALENCIA LLALLA	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	LIZANDRO EDWIN TICONA OLARTE	ENFERMERA(O)	JEFE C.S. COMBAPATA
INTEGRANTE	ERICA ARAUJO CAYO	NUTRICIONISTA	JEFE C.S. TINTA
INTEGRANTE	LEONARDA CARDENAS CECINARIO	OBSTETRA	JEFE C.S. PITUMARCA
INTEGRANTE	SADITH CORIMANYA RODRIGUEZ	CIRUJANO DENTISTA	JEFE P.S. CHECACUPE
INTEGRANTE	DINORA ROMERO MAMANI	OBSTETRA	JEFE P.S. CHIARA
INTEGRANTE	RAYSHA SHYRLEY SILVA JORDAN	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. MOSOCLLACTA
EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS DE LA MICRO RED EL DESCANSO			
EQUIPO	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
COORDINADORA	MILAGROS CONDORI MORIANO	PSICOLOGO(A)	RESPONSABLE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INTEGRANTE	YOAN FRIKA CAHUATA BAEZ	CIRUJANO DENTISTA	JEFE MICRO RED
INTEGRANTE	VICTORIA SONCCO CINCHE	ENFERMERA(O)	COORDINADOR P.P. DIT
INTEGRANTE	SONIA EDY FLOREZ ESQUIVEL	OBSTETRA	COORDINADORA ESSSR
INTEGRANTE	YUDY MARGOTH UCHAMACO MAMANI	OBSTETRA	JEFE C.S. EL DESCANSO
INTEGRANTE	ANNY CAROL ZAMBRANO SALAS	MEDICO CIRUJANO	JEFE P.S. CHECCA
INTEGRANTE	MARIA ELENA MAMANI QUISPE	ENFERMERA(O)	JEFE P.S. CHITIBAMBA

ARTICULO 2.- ASIGNAR, al Equipo de Acreditación y al Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutara 401- Salud Canas Canchis Espinar, las funciones que corresponden y demandan según Norma Técnica de Salud N° 050 MINS/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA y las normas complementarias, debiendo brindar a cada uno de los integrantes, la programación de actividades y las facilidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

FUNCIONES DE EQUIPO DE ACREDITACION DE LAS MICRO REDES

- Realizar acciones de sensibilización y promoción del proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud del ámbito de la Microred.
- Coordina con los evaluadores internos el cronograma y la secuencia de la autoevaluación.
- Analiza los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Dirección de la Red de Servicios de Salud.
- Proporciona la información relacionada a la acreditación que le sea solicitada por la Red de Servicios de Salud.
- Responsable de la información generada.
- Informa a la Red de Servicios de Salud a la que pertenece los resultados de las evaluaciones.
- Promueve la implementación de las recomendaciones en coordinación con la Red de los equipos evaluadores en los establecimientos de salud evaluados.

FUNCIONES DE EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

- Verificar que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo ha comunicado oficialmente el inicio de la evaluación interna o autoevaluación (obligatorio) a la GERESA Cusco y esta a su vez a la Unidad Funcional de Calidad en salud del MINSA.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes idóneos.
- Tratar la información confidencial con reserva.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación.
- La comunicación con los evaluados debe ser de manera respetuosa, proactiva y clara.
- Elaborar el Informe Técnico de Evaluación.

Resolución Directoral

N° 205 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 10 de mayo de 2023.

viii. Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.



ANEXO 05: RESOLUCION DIRECTORAL PLAN DE AUTOEVALUACION DE MICRORREDES



Resolución Directoral

N° 251 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Vistos: El Informe N°0715-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorándum N°00576-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., mediante el cual se dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red El Descanso – 2023", y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, a través del Informe N°0715-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, la Directora de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 074-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red El Descanso - 2023, para lo cual adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00576-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red El Descanso – 2023", se adjunta al presente en folios (15);

ANEXO 06: DOCUMENTO DE COMUNICADO DE INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION



Resolución Directoral

N° 251 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°636-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 19 de junio del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de Salud de la Micro Red El Descanso - 2023", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud- DAIS, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
DIRECCION REDSSCCE
SICUANI
CANCANAS CANCHIS ESPINAR
M.C. Harlo y Montulú Mercado
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 69863



Resolución Directoral

N° 252 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Vistos: El Informe N°0714-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorándum N°00567-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., mediante el cual se dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Yanaoca – 2023", y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GR.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, a través del Informe N°0714-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, la Directora de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 073-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Yanaoca - 2023, para lo cual adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00567-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud de la Micro Red Yanaoca – 2023", se adjunta al presente en folios (15);

1



Resolución Directoral

N° 253 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Vistos: El Informe N°0712-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorándum N°00566-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., mediante el cual se dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Pampaphalla - 2023", y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, a través del Informe N°0712-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, la Directora de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 071-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Pampaphalla - 2023, para lo cual adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00566-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud de la Micro Red Pampaphalla - 2023", se adjunta al presente en folios (15);



Resolución Directoral

N° 253 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°636-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 19 de junio del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de Salud de la Micro Red Pampaphalla- 2023", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud- DAIS, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
M. Hurtley Montufar Mercado
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 69863





CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Unidad Ejecutora de
Salud Canas Canchis
Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Resolución Directoral

N° 252 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuaní, 21 de junio de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°636-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 19 de junio del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de Salud de la Micro Red Yanaoca - 2023", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud- DAIS, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.





Resolución Directoral

N° 254 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Vistos: El Informe N°0702-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorándum N°00556-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., mediante el cual se dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Yauri - 2023", y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, a través del Informe N°0702-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, la Directora de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 068-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Yauri - 2023, para lo cual adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00556-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del "Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud de la Micro Red Yauri - 2023", se adjunta al presente en folios (15);



CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Red de Servicios de
Salud Canas Canchis
Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Resolución Directoral

N° 255 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/JUGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Vistos: El Informe N°0713-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorándum N°00565-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., mediante el cual se dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del “Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Combapata – 2023”, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, a través del Informe N°0713-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, la Directora de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 072-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Combapata - 2023, para lo cual adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00565-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del “Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud de la Micro Red Combapata – 2023”, se adjunta al presente en folios (15);

1

Resolución Directoral

N° 255 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°636-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 19 de junio del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de Salud de la Micro Red Combapata - 2023", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud- DAIS, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
DIRECCIÓN REDSGCCE
SICUANI
CANAS CANCHIS ESPINAR
M.C. Huelgas Matar Mercado
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 69863





Resolución Directoral

N° 254 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°636-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 19 de junio del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de Salud de la Micro Red Yauri - 2023", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud- DAIS, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
M.C. Harlecy Montoya Mercado
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 69863



CUSCO

de Cusco

de Salud

Salud Canas Canchis
Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

“Cusco, Patrimonio Cultural del Mundo”

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Resolución Directoral

N° 256 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 21 de junio de 2023.

Vistos: El Informe N°0703-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorándum N°00553-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., mediante el cual se dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del “Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Techo Obrero – 2023”, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, conforme establece el Artículo 124° de la Ley N° 26842, en aplicación y cumplimiento de las normas de salud que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional, los órganos desconcentrados o descentralizados quedan facultados para disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, el cual establece como uno de sus componentes la Garantía y Mejora de la Calidad, que implica que se genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud a través de procesos, siendo uno de ellos la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” establece en los Procedimientos para el proceso de acreditación, inciso 4, los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, debiendo ser aprobado por la autoridad institucional;

Que, mediante Resolución ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuya finalidad es estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, a través del Informe N°0703-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, la Directora de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 069-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud de la Micro Red Techo Obrero - 2023, para lo cual adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorándum N°00553-2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401:SCCE/D.E., el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del “Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud de la Micro Red Techo Obrero – 2023”, se adjunta al presente en folios (15);

1

Resolución Directoral

N° 256 - 2023-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuaní, 21 de junio de 2023.

Que, a lo señalado, se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los Artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°636-2023-GR CUSCO/GERESA, de fecha 19 de junio del 2023 mediante el cual se designa al Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, el "Plan de Autoevaluación para la acreditación de establecimientos de Salud de la Micro Red Techo Obrero - 2023", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el primer numeral de la presente Resolución.

ARTICULO 3.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 4.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR DIRECCION REDSALUDCE SICUANI M.C. Harley Montufar Mercado DIRECTOR EJECUTIVO C.M.P. 69863



ANEXO 06: DOCUMENTO DE COMUNICADO DE INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION



Sicuani, 07 de julio del 2023

OFICIO N° 796 -2023-GRCUSCO/DRSC/RSSCCE/UGSC/DAIS/DE.

DR. ABEL PAUCARMAYTA TACURI
GERENTE REGIONAL DE SALUD CUSCO

Presente. -

ASUNTO : INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA
ACREDITACION DE IPRESS DE LA RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR.

ATENCION : DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD,
GERENCIA REGIONAL DE SALUD – CUSCO.

REFERENCIA : INFORME N° 944 - 2023. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE/DAIS.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y mediante el presente poner en su conocimiento que, en cumplimiento a la programación de actividades del Plan Táctico, Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud, aprobadas mediante Resolución Directoral:

- R.D. N° 251- 2023-GR-CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. – Micro Red El Descanso
- R.D. N° 252- 2023-GR-CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. – Micro Red Yanaoca
- R.D. N° 253- 2023-GR-CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. – Micro Red Pampaphalla.
- R.D. N° 254- 2023-GR-CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. – Micro Red Yauri.
- R.D. N° 255- 2023-GR-CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. – Micro Red Combapata
- R.D. N° 256- 2023-GR-CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH. – Micro Red Techo Obrero

Así mismo según Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" que considera el proceso de autoevaluación primera fase del proceso de acreditación de establecimientos de salud, que tiene por finalidad establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades prestadoras de servicios de las IPRESS del ámbito de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar.

En tal sentido se remite el presente documento del inicio del proceso de autoevaluación en el 100% de IPRESS del ámbito de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, la cual inicia a partir del 07 de agosto al 30 de noviembre del 2023. Se adjunta cronograma del proceso de autoevaluación.

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi estima personal

Atentamente



ANEXO 07: ACTA DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACION





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E. 401 Red de
Salud Canas
Canchis Espinar

Unidad de Gestión de la
Calidad en Salud



"Decenio de (Denominación del Decenio que Corresponda)"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

**ACTA DE CULMINACION DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION INTERNA PARA
ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
U.E.401 SSCCE - 2023**

FECHA:	30 /10/2023	HORA DE INICIO:	09: 00 am	HORA DE TERMINO:	14 :00 pm.
LUGAR:	Instalaciones de la Ambiente Dirección U.E. 401 SCCE..				
RESPONSABLE:	Unidad de Gestión de Calidad en Salud				

I. AGENDA

- Proceso de Culminación del Proceso de Autoevaluación interna de las IPRESS de la U.E.401 SCCE.

II. DESARROLLO DE LA AGENDA

- Encontrándose presentes los jefes y responsables de Unidades y Oficinas de la UE.U.E. 401 SCCE., el Director, M.C. Hurleey Montufar Mercado. dio por iniciada la reunión de culminación del proceso de Autoevaluación - 2023
- Acto seguido la Coordinadora de Gestión de la Calidad en Salud de la U.E. 401 SCCE expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente, socialización de la Norma Técnica N° 050 MINS/DGSP-V.02 "NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO", presentación de los objetivos y la secuencia de cómo se llevó a cabo el proceso de autoevaluación en las 48 IPRESS de la Unidad Ejecutora 401 SCCE, se dio a conocer la presentación de los resultados de autoevaluación, aplicados, así como establecer la fecha de la entrega de análisis de los resultados del Informe Técnico para ser presentados a la Red Canas Canchis Espinar.
- Posteriormente se pasó a la presentación de los resultados obtenidos por Micro Redes e IPRESS, mencionando que son 19 los Macroprocesos que se aplicó en las IPRESS del primer nivel de atención (establecimiento de categoría I-1, I-2, I-3, y I-4, (Direccionamiento, Gestión de recursos humanos, Gestión de la calidad, Manejo del riesgo de atención, Gestión de seguridad ante desastres, Control de la gestión y prestación, Atención ambulatoria, Atención extramural, Atención de hospitalización, Atención de emergencias, Apoyo diagnóstico y terapéutico, Admisión y alta, Referencia y contrarreferencia, Gestión de medicamentos, Gestión de la información, Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización, Manejo del riesgo social, Gestión de insumos y materiales, Gestión de equipos e infraestructura
- Seguidamente se dio a conocer los resultados de la aplicación del proceso de autoevaluación;
 - » Direccionamiento 48.90%



- » Gestión de recursos humanos 52.55%
- » Gestión de la calidad 59.39%
- » Manejo del riesgo de atención 60.17%
- » Gestión de seguridad ante desastres 54.67%
- » Control de la gestión y prestación 38.83%
- » Atención ambulatoria 53.27%
- » Atención extramural 48.86%
- » Atención de hospitalización 53.10%
- » Atención de emergencias 60.44%
- » Apoyo diagnóstico y terapéutico 69.89%
- » Admisión y alta 50.86%
- » Referencia y contrarreferencia 60.44%
- » Gestión de medicamentos 75.14%
- » Gestión de la información 51.24%
- » Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización 51.23%
- » Manejo del riesgo social 67.45%
- » Gestión de insumos y materiales 33.20%
- » Gestión de equipos e infraestructura 43.22%
- » Resultado general 54.85%

III. CONCLUSIONES Y COMPROMISOS

1. Como U.E. 401 SCCE se tiene como resultado final 54.85%, el cual califica como no aprobado, lo que significa subsanar en 9 meses por encontramos en el resultado de 50% -69%.
2. Queda indicar que a pesar del esfuerzo del personal de salud de las IPRESS de la jurisdicción de las 6 microrredes, no fue posible cumplir con los requerimientos de la autoevaluación, queda la urgente necesidad de desarrollar planes y acciones de mejora continua de la calidad, en las 48 IPRESS de la U.E. 401 SCCE.
3. La retroalimentación del proceso de autoevaluación en las diferentes unidades, oficial de la SEDE Administrativa de la U.E. 401 SCCE., se realizará según acuerdo con la jefatura de cada una de ellas, bajo responsabilidad de la coordinadora de gestión de la calidad, en un plazo inmediato
4. La coordinadora de gestión de la calidad socializará los resultados a los equipos de gestión de calidad los resultados de la presente autoevaluación - 2023
5. Los resultados obtenidos estarán en la página web de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, para poder acceder al mismo.

Se culmina la reunión firmando los presentes





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E. 401 Red de
Salud Canas
Canchis Espinar

Unidad de Gestión de la
Calidad en Salud



"Decenio de (Denominación del Decenio que Corresponda)"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

IV. PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	UNIDAD OFICINA	CARGO	TELEFONO	FIRMA Y SELLO
Hurley Montufar Mercado	43008571	Dirección	Director	967250	
Juana Fernandina Alarcón	06292641	Jefe Unidad de Seguros	Jefe de Unidad	984130727	
Relly Cerpa C.	100485099	DAIS	Encargada de la DAIS	9844020	
Narcisca Bustamante Meza	24685330	UGP	Jefe de la UGP	950391328	
Ronald Mullisaca Yarodes	45840072	DSA	Jefe de la DSA	951716794	
Glady's Martha Loayza Ayala	23964455	DIS	Jefatura DIS	984366332	
Haydee A Ramos Zambria	2410241	Coord. Calidad DAIS	Coord. Calidad	984955629	
Osvaldo Quispe Colla	40518551	U. Patrimonio	Cargado de Patrimonio	98466605	
Zander Alberto Meza Alarcón	24668189	Patrimonio	Responsable de Patrimonio	928294726	



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E. 401 Red de
Salud Canas
Canchis Espinar

Unidad de Gestión de la
Calidad en Salud



"Decenio de (Denominación del Decenio que Corresponda)"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

IV. PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	UNIDAD OFICINA	CARGO	TELEFONO	FIRMA Y SELLO
Raúl Mameri Nina	24692836	U.G.P.	Téc. Adm.	984284222	 Téc. Adm. Raul Mameri Nina (e) BIENES MUEBLES E INMUEBLES U.E. 401 S.C.E.
JUAN TRITO VIGORTE	24706830	UNIDAD ECONOMIA	CONTADOR	054327471	
Jorge Ancori Mameri	23943389	Logística	T. Adm.	903380801	
Marco A. Vasquez	23932821	Logística	Jefe	935-388668	
Levi. A Cuba Villavicencio	23933040	OPP	Jefe	987685709	GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 - SALUD CANAS CANCHIS - ESPINAR Lic. LEVI ALINA CUBA VILLAVICENCIO JEFE OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
Isabel Choquenaira	24710661	Presupuesto	Resp.	973974071	GOBIERNO REGIONAL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR C.P.C. Isabel Choquenaira Choquenaira Arca Presupuesto
Maribel Brancibia I.	42904741	Economía	Integrador C.	910560460	
Julio Cesar Cagllahuá S.	42113999	Economía	Tesoroero	984839764	
Nieves Verga Saracano	239444677	Economía	Tec. Adm	984-200700	



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E. 401 Red de
Salud Canas
Canchis Espinar

Unidad de Gestión de la
Calidad en Salud



"Decenio de (Denominación del Decenio que Corresponda)"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

IV. PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	UNIDAD OFICINA	CARGO	TELEFONO	FIRMA Y SELLO
IRMA ZELA CHOQUE	0244020	DAU	OBJETIVO RUG.	987873643	 Obj. Irma Zela Choque MONTOURIO REGIONAL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD C.C.E.
Frida Delgado Montesinos	24700487	DAIS	COORD. PPMN.	984146095	 Frida Delgado Montesinos C.O.P. N° 7803 COORDINADORA P.P. MATERIA NEONATAL
Avelino Soto Ramos	06296511	DRFS	COORD. Serv. Salud	992253449	 MINISTERIO DE SALUD REGIONAL DE SALUD CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR U.E. 401 RED DE SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR C.D. AVELINO SOTO RAMOS
Gladys BarraConejo	02298382	Seguros	Responsable Mercado	940828922	
Yessenia Villego Villego	42208767	Seguros	Responsable REFINA	939890658	
INGENIERA GIORNA TAPIA ESCOBAR	46984601	PERSONAL	ST. PAD	941472017	
Paul Flores Coaguina	47187745	R.R.H.H	Jefe de U.G.P.O.H	931292680	
Rayna Huareche Tito	40309943	RRHH.	Tec. Adm.	971800220	
Veronica Cochunico Huillo	75222510	RRHH	Sectores	929392432	



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia Regional
de Salud Cusco

U.E. 401 Red de
Salud Canas
Canchis Espinar

Unidad de Gestión de la
Calidad en Salud



"Decenio de (Denominación del Decenio que Corresponda)"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

IV. PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	UNIDAD OFICINA	CARGO	TELEFONO	FIRMA Y SELLO
Patricia Bustuzo Ureta	43615445	GERESA CUSCO DGCS	Psicóloga	98374 5426	
Alda Parithuayhua	02423186	GERESA CUSCO DGCS	Obstetra.	98440 0431	
Cynthia Vila Tapia	09593655	GERESA CUSCO DGCS	Obstetra	9742131 50	
Richard Paricahua Torres	24764854	Unidad Logística	Asistente Administrativa	98484 8640	
Milton Zambrano Fragon	45399838	Unidad Logística	Tec. Admin.	9540490 33	
Cynthia Arizabal Dueñas de Ortiz	41677601	Emergencias y Desastres	Resp. EITED	954738839	
Jannys Rosa Garau Turpo	238488 23	Emergencias y Desastres	Coord. E y O.	96335862	 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR LIC. GARMEN ROSA GARCIA TURPO C.E.P. 20581 COORDINADORA P.P. 068
Greysi Carlos Estrada	430613 25	Seguros	Obstetra RESACR	945034141	 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR Obst. Greysi Carlos Estrada NO PREVIENE ENTREGA DEL PRECIO ANTES DE LA ENTREGA DEL BIEN C.M.P. 27285
Juana Sonnia Fernandez Alarcón	06292 641	Seguros	Jefe Uni- dad	984130727	 GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR M.C. JUANA SONNIA FERNANDEZ ALARCÓN JEFATURA UNIDAD DE SEGUROS C.M.P. 30866

ANEXO 08: FOTOS EVIDENCIAS



PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL

PLAN DE TRABAJO

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD LOCAL



SEÑALIZACION



PAQUETE DE ATENCION INTEGRAL

PAQUETES DE ATENCION INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA

NIÑO(A) MENOR DE 1 AÑO

- Atención y control del Recién Nacido
- Vacunas
- Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Estimulación Temprana
- Administración de Vitaminas y sulfato ferroso.
- Atención Médica, psicológica y nutricional
- Atención Dental
- Exámenes de Laboratorio
- Visita Domiciliaria familiar
- Atención de Complicaciones.

NIÑO(A) DE 1 A 4 AÑOS

- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Evaluación Nutricional.
- Administración de Vitaminas y sulfato ferroso.
- Vacunas
- Estimulación Temprana.
- Atención Médica, psicológica y nutricional
- Atención Dental
- Exámenes de Laboratorio (Anemia y Parasitosis)
- Visita Domiciliaria Familiar

NIÑO(A) DE 5 A 11 AÑOS

- Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Evaluación Nutricional
- Atención Médica
- Psicología de prevención
- Atención Dental.
- Atención de Daños Prevalentes.
- Visita Domiciliaria familiar.

ADOLESCENTE DE 12 A 17 AÑOS

- Control de Crecimiento y Desarrollo.
- Atención Médica
- Evaluación Nutricional
- Vacunación.
- Atención Dental
- Atención en Psicología.
- Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Exámenes de laboratorio.
- Visita Domiciliaria familiar

JOVEN DE 18 A 29 AÑOS

- Atención Médica.
- Consejería Salud Sexual reproductiva y Planificación familiar
- Atención Pre-Conceptual
- Atención Dental
- Atención en Psicología
- Vacunación
- Exámenes de Apoyo al diagnóstico (TBC, VIH, Isoténicas, Ictericas, Hemicolour)(Glucosa, esterol, Triglucéridos)

ADULTO DE 30 A 59 AÑOS

- Atención Médica de prevención (Hipertensión, Diabetes, Neoplásicas, Ocular)
- Atención Dental
- Atención en Psicología
- Consejería Salud Sexual Reproductiva y Planificación Familiar
- Vacunación.
- Exámenes de Apoyo al Diagnóstico.(TBC, VIH, Metaeméricas, Colesterol, Triglicéridos, Hemoglobina - Dross)
- Visita Domiciliaria Integral

ADULTO MAYOR DE 60 A +

- Atención Médica de Prevención (Hipertensión, Diabetes, Ocular, Neoplásicas Auditiva, Osteoporosis)
- Evaluación Nutricional.
- Atención Médica.
- Vacunas
- Identificación de problemas sociales.
- Exámenes de Apoyo al Diagnóstico. (TBC, ITS/HH, Metaeméricas, Colesterol, Triglicéridos, Hemoglobina - Dross)
- Visita Domiciliaria Familiar.

GESTANTE

- Atención del Embarazo
- Atención Médica de Prevención (Hipertensión, Hemorragia, Infecciones, Oxitocina)
- Exámenes de Ecografía
- Consejería Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar.
- Consejería Nutricional y Administración de Hierro
- Atención Dental.
- Consejería en Psicología.
- Exámenes de Laboratorio (Grupo S, Factor Rh, RPR, Hemoglobina, Hematocrito, Glucemia, Examen Orina y otros)
- Atención de Parto y Puerperio
- Visita Domiciliaria Familiar.

CONSULTA EXTERNA

EMERGENCIA

HOSPITALIZACIÓN

DIAGNOSTICO POR IMAGENES

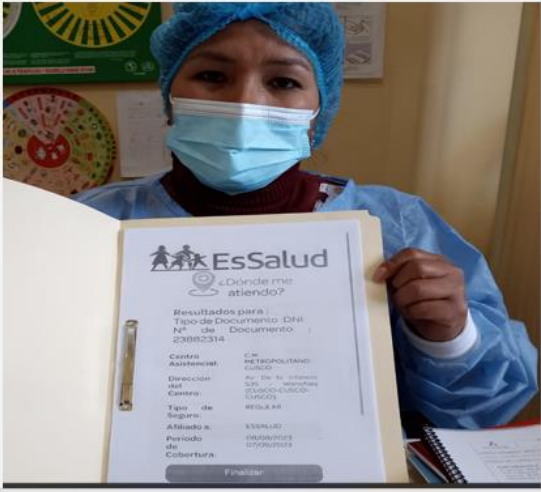
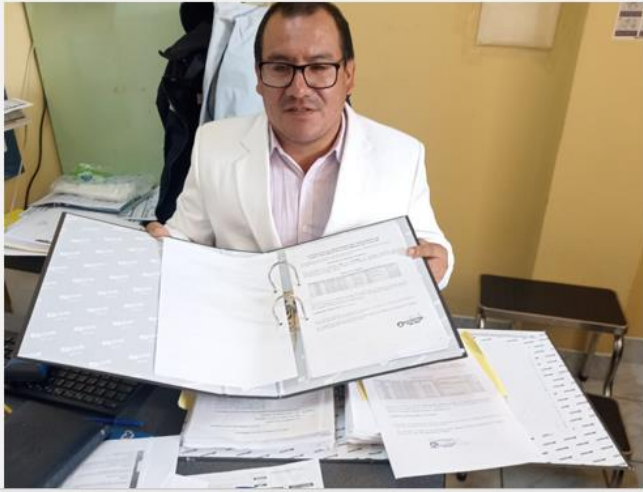
FARMACIA

CENTRO DE DESARROLLO

PROGRAMACION DIARIA RRHH



RRHH CUENTA CON ALGUN TIPO DE SEGURO



SECTORIZACION





SOCIALIZACION DE RESULTADOS DIRECCION DE LA U.E. 401 SCCE.

