

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD
INFORME TECNICO FINAL DE AUTOEVALUACIÓN
UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS CANCHIS
ESPINAR



C.D. AVELINO SOTO RAMOS
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 RSSCCE

ECON. AYDEE MEJIA GALICIA
DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE LA UE 401 – RSSCCE

CPC. ISABEL CHOQUENAIRA CHOQUEHUANCA
JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO DE LA UE 401 – RSSCCE

ABOG. LUZ PUGA PILLCO
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION Y DESARROLLO POTENCIAL HUMANO DE LA UE 401 – RSSCCE

LIC. RAUL ACHAHUI VENTURA
DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA UE 401 – RSSCCE

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

OBST. BEATRIZ SANGA VIZA
RESPONSABLE DE AUDITORIA DE LA UE 401 - RSSCCE

Sicvani – 2025



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	18
XI.	ANEXOS.....	19
	ANEXO 01: OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES POR CADA MACROPROCESO.....	20
	ANEXO 02: RESULTADOS SEMAFORIZADOS DE AUTOEVALUACION.....	43
	ANEXO 03: CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE ACREDITACION Y EVALUADORES INTERNOS DE LAS MICRO REDES DE LA RSSCCE.....	101
	ANEXO 04: RESOLUCION DIRECTORAL PLAN DE AUTOEVALUACION DE MICRORREDES	107
	ANEXO 05: ACTA DE INICIO, EJECUCION Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION DE LA U.E. 401 RSSCCE.....	110
	ANEXO 06: DOCUMENTO DE COMUNICADO DE INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION	113
	ANEXO 07: ACTA DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACION	128
	ANEXO 08: FOTOS EVIDENCIAS	137



I. INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en salud es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos de prestación de servicios, lo que ha conllevado a usar estándares de calidad y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas. 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

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



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 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 52, considerando los criterios de exclusión de los establecimientos de salud que no cuentan con categoría (Centro Médico de Apoyo Señor de Pampacucho) el que no será considerado en la estadística por lo antes mencionado.

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo autoevaluados representan el 98% 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 51 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 en total son 52 IPRESS de las cuales no se aplicó a 1 IPRESS (Hogar protegido-Sr de Pampacucho-Sicuani), por ser IPRESS que no cuenta con categoría para acreditación de establecimientos de salud.

MICRORED	CODIGO RENAES	IPRESS	CATEGORIA				
			I-1	I-2	I-3	I-4	SD
COMBAPATA	0002320	MOSOCLLACTA		1			
	0034448	CHIARA		1			
	0002397	TINTA			1		
	0034887	PITUMARCA			1		
	0034929	CHECACUPE			1		
	0002386	COMBAPATA CANCHIS				1	
EL DESCANSO	0002366	CHECCA		1			
	0002367	CHITIBAMBA		1			
	0007700	EL DESCANSO				1	
PAMPAPHALLA	0002393	PHINAYA	1				
	0002381	QUEHUAR		1			
	0002382	UZCUPATA		1			
	0002383	LA FLORIDA		1			
	0002394	SAN PABLO CANCHIS		1			
	0002395	SANTA BARBARA		1			
	0002396	SAN PEDRO CANCHIS		1			
	0026387	MENTAL COMUNITARIO SICUANI		1			
	0035845	PAMPAPHALLA			1		
0032923	Sr de Pampacucho-Sicuani					1	
TECHO OBRERO	0002370	CONDEVILUYO	1				
	0002369	LANGUI		1			
	0002371	LAYO			1		
	0002379	HERCCA	1				
	0002389	CHECTUYOC		1			
	0002390	CCUYO		1			
	0002391	OCCOBAMBA MARANGANI		1			
	0002388	MARANGANI			1		



	0002380	TECHO OBRERO				1	
YANAOCA	0002375	SURIMANA	1				
	0002377	TOCCOCORI	1				
	0002365	PONGOÑA		1			
	0002372	PAMPAMARCA		1			
	0002373	QUEHUE		1			
	0002374	HUINCHIRI		1			
	0002376	TUNGASUCA		1			
	0018241	HAMPATURA		1			
	0032339	CCOCHAPATA		1			
	0034449	CHAUPIBANDA		1			
	0002364	YANAOCA				1	
YAURI	0006745	TINTAYA MARQUIRI	1				
	0002411	CONDOROMA		1			
	0002413	URINSAYA		1			
	0002414	HUAYHUAHUASI		1			
	0002415	OCCORURO		1			
	0002418	SAN MIGUEL		1			
	0002419	SUYKUTAMBO		1			
	0002420	ACCOCUNCA		1			
	0030366	MENTAL COMUNITARIO ESPINAR "MUSUQ KAWSAY"		1			
	0034450	PICHIGUA ESPINAR		1			
	0002412	COPORAQUE			1		
	0002416	PALLPATA			1		
	0002410	YAURI				1	
TOTAL			6	32	8	5	1

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. Para el ejercicio fiscal 2025

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°. 022-2024-SA, que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025

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

Resolución Directoral N° 78-2025 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH, conforma el Equipo de Acreditación y evaluadores internos de las Micro Redes de la U.E. 401 RSSCCE. (Anexo 03)

5.2. ELABORACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DE LAS SEIS MICRO REDES

- R.D. N° 132 - 2025 – GR. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., conforma el Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, para el año 2025. (Anexo 04).

5.3. 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)

5.4. COMUNICADO DEL INICIO Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION

Se llevo a cabo reunión del equipo de acreditación de la RSCCE en fecha 26 de junio del presente año, mediante acta de inicio, ejecución del proceso de evaluación interna para acreditación de establecimientos de salud (Anexo 05)

Mediante informe N° 081-2025 GR. CUSCO/GRSC/UE.401/SCCE/OGCS/DAIS/DE. Comunicado de inicio del proceso de autoevaluación para acreditación de IPRESS, de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar 2025. 11 de julio del 2025. (Anexo 06)

5.5. 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.

5.6. REUNION DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACION



El cierre del proceso de Autoevaluación se realizó el 16 de octubre del presente año 2025, ambiente Dirección de la U.E. 401 SCCE. (Anexo 07)

5.7. 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.

5.8. 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, con el informe técnico final de autoevaluación para acreditación de establecimientos de salud.

5.9. 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 2025 se llegó a cumplir con las diferentes actividades programadas en el plan de autoevaluación.

En la Microrred Yauri y Combapata se reprogramo la autoevaluación en algunos establecimientos, por motivo de dificultades administrativas.

VII. RECURSOS E INSTRUMENTOS

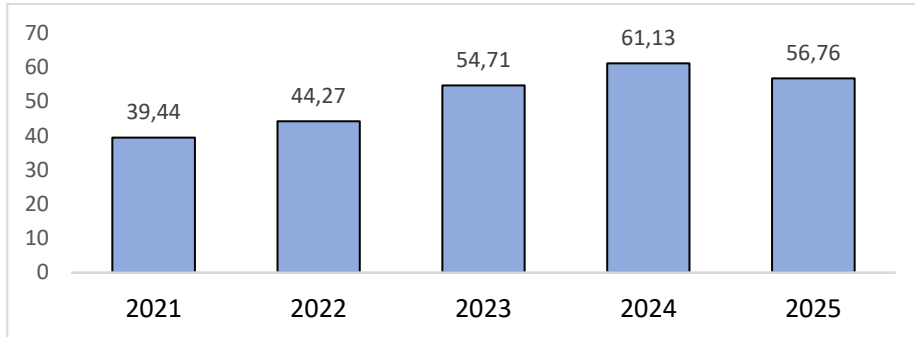
- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP- SP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Listado de estándares de acreditación categorías I-1, I-2, I-3 y I-4.
- Guías de evaluadores para la acreditación 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 - 2024

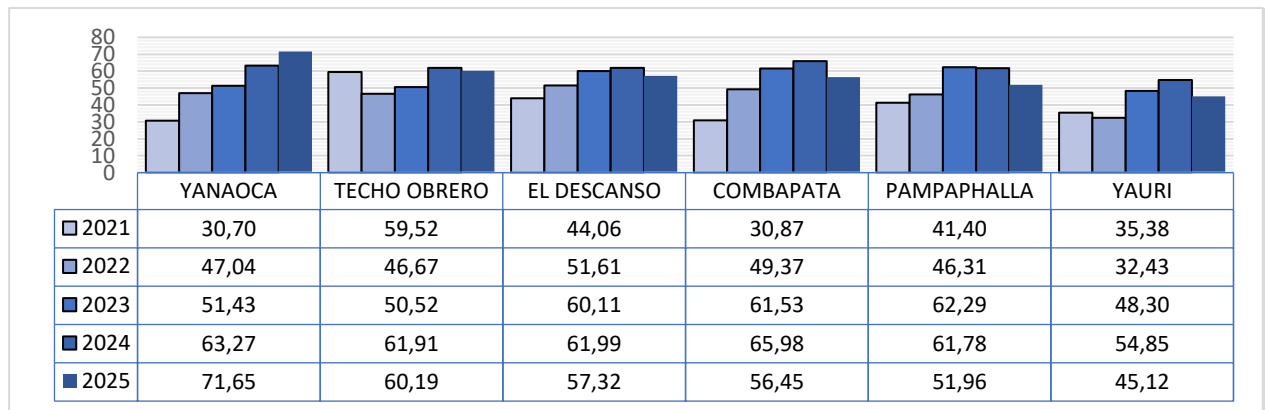


Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación: Como se observa en el gráfico 01 el puntaje final de la Autoevaluación calculado mediante el aplicativo es igual a 56.76% (NO aprobado), en relación al año 2024 se ha disminuido en 4.37 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, en el presente año se evidencia que disminuyó el desempeño porque a la fecha se viene aun trabajando en la unificación de criterios al aplicar el instrumento del listado de estándares y venimos aplicando cada año según reuniones de fortalecimiento que se tiene con facilitadores de GERESA Cusco. 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 por Micro Red
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2025



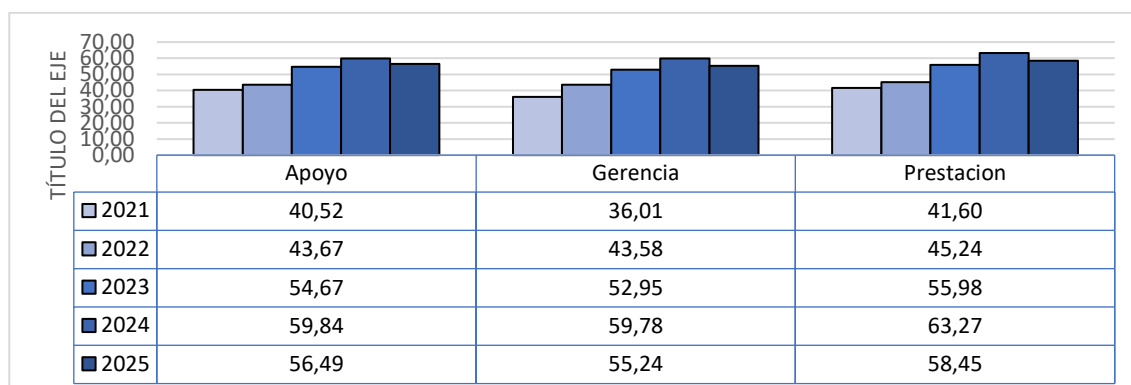
Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación: Se puede evidenciar en el presente gráfico, que son seis Microrredes, de los cuales el 66.6%, tienen un puntaje mayor de 60%, Yanaoca tiene 71.65% que es el mayor porcentaje, y Yauri tienen 45.12%, con el menor puntaje, en comparación al año 2024, en el presente año la Microrred Pampaphalla ha disminuido su puntaje en 9.82 puntos, Yauri (9.73), Combapata (9.53), Descanso (4.67), Techo Obrero (1.72), el que mayor incremento presentó de Yanaoca (8.38) 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° 03

Resultados del desempeño de cumplimiento a nivel de Categoría U.E. 401 SCCE. 2021 - 2025

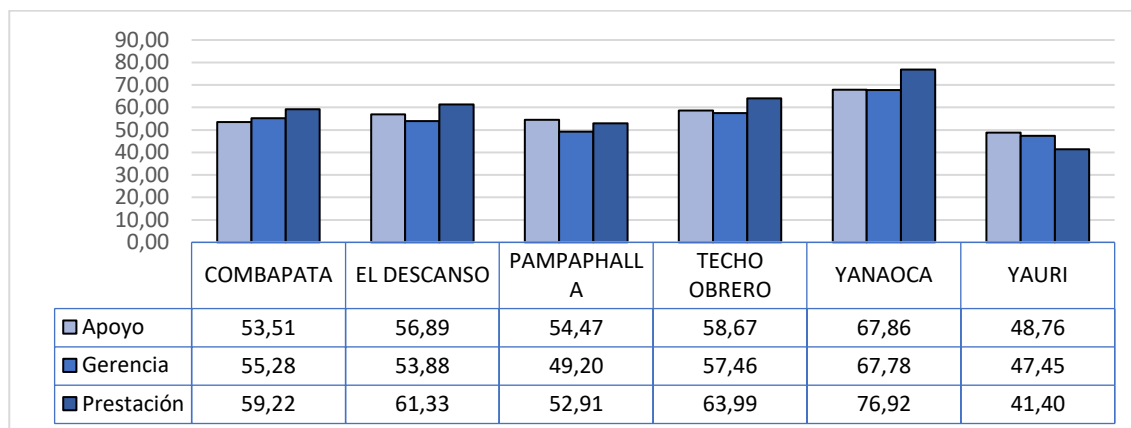


Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación: para el presente año 2025, en relación al año 2024 en los tres categorías a disminuido el nivel de desempeño, según cada uno de ellos Macroprocesos de Gerencia son los que tienen el nivel de cumplimiento más bajo se (55.24%) seguido de los Macroprocesos de apoyo (56.49%), siendo el de Prestación (58.45%) con mayor puntaje 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° 04

Resultados del desempeño de cumplimiento a nivel de Categoría Micro Redes. 2021 - 2025



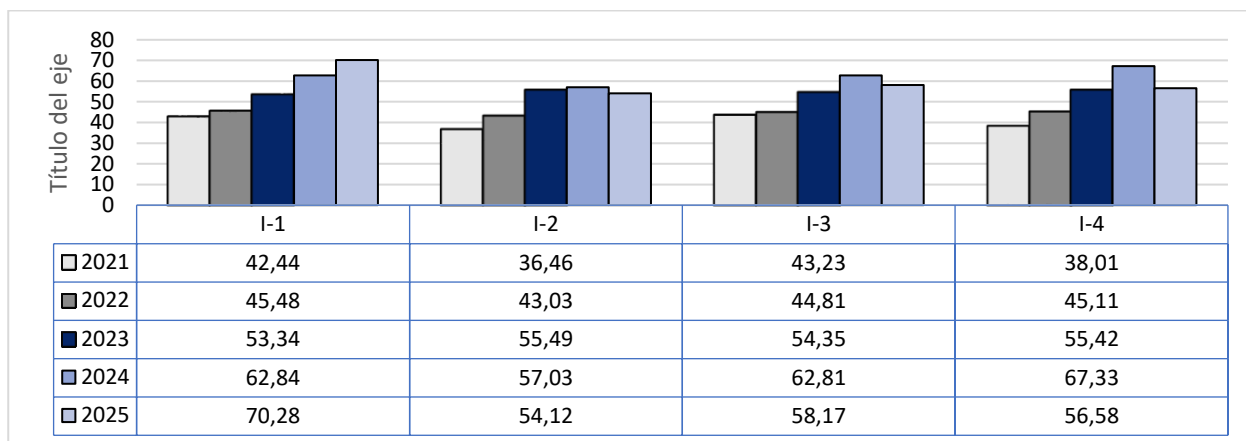
Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación: para el presente año 2025, en relación al año 2024 en los tres categorías hay disminución anual, según cada uno de ellos según Macroprocesos el nivel bajo de desempeño en Combapata con bajo desempeño se encuentra apoyo (53.51), y mejor desempeño se encuentra prestación (59.22), en el Descanso con menor desempeño se ubica Gerencia (53.88) y mayor desempeño prestación, Pampaphalla con menor desempeño se encuentra Gerencia (49.20) y mayor desempeño prestación, Techo obrero macroproceso con menor desempeño se encuentra Gerencia (57.46), con mayor puntaje es prestación (63.99), Yanaoca con menor desempeño se ubica Gerencia (67.78) y mayor puntaje esta prestación (76.92) a nivel de Yauri con menor desempeño esta prestación y mayor puntaje es apoyo (48.76) como se evidencia la realidad es diferente en cada micro red, sin embargo se deduce que el macroproceso de gerencia en la mayoría de micro redes es el que tiene menor desempeño (descanso, Pampaphalla, techo obrero y descanso), en tal sentido se coordinara con los diferentes jefe de unidades y direcciones con la finalidad de fortalecer este macroproceso teniendo en cuenta que se refiere a gestión y organización de cada IPRESS.



Gráfico N° 05

Resultados del desempeño de cumplimiento por Categoría de Establecimiento de Salud del I-1 al I-4
U.E. 401 SCCE. 2021 - 2025



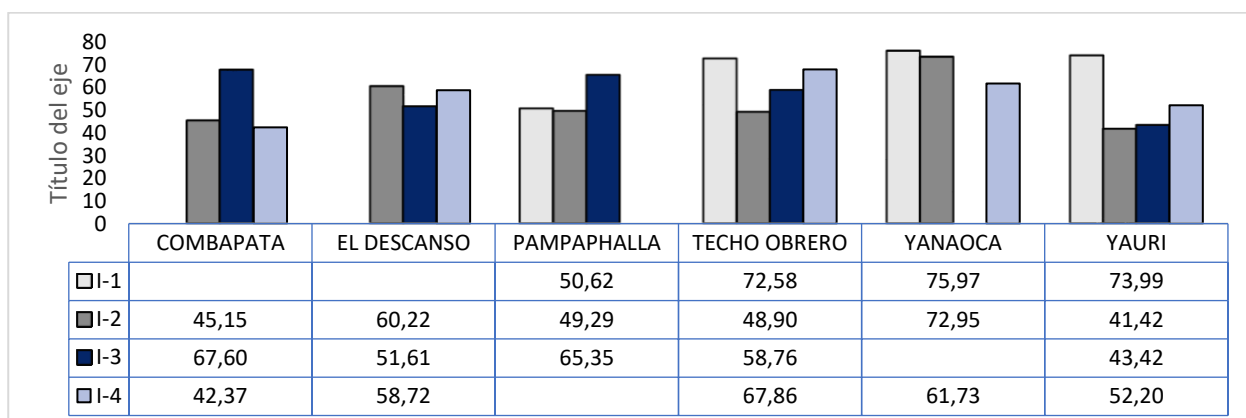
Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación:

Se puede observar en el presente grafico el resultado de autoevaluación del año 2025, según categoría I-1 al I-4, que en total son cuatro categorías, de los cuales 1 (25 %), tiene puntaje mayor de 60, y tres con menor desempeño (categoría I-3, I-2 Y I-4), siendo la categoría I-2 el que presenta menor desempeño. 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.

Gráfico N° 06

Resultados del desempeño de cumplimiento por Categoría de Establecimiento de Salud del I-1 al I-4
Micro Redes. 2021 - 2025



Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación:

Se puede observar en el presente grafico el resultado de autoevaluación del año 2025, según categoría I-1 al I-4, que en total son cuatro categorías, según microrredes: Combapata categoría I-3 quien presenta mejor desempeño versus categoría I-4 quien presenta el menor desempeño; el descanso es la categoría I-2 y con



menor desempeño se ubica la categoría I-2, cabe mencionar los establecimientos de categoría I-3 evidenciadas en la microrred corresponden a techo obrero; Pampaphalla es la cat. I-1 quien presenta mejor desempeño y menor desempeño es I-2: Techo Obrero y Yanaoca con mejor desempeño se encuentra la categoría I-1 y con menor puntaje se ubica la categoría I-2; Yauri es la categoría I-1 con mayor puntaje y menor desempeño esta la categoría I-2. 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 – 2025

Etiquetas de fila	2021	2022	2023	2024	2025	Escala de Cumplimiento
00002415-OCCORURO	25,68	13,98	30,99	18,56	19,18	No aprobado
00002420-ACCOCUNCA	28,03	29,34	28,23	46,35	26,85	No aprobado
00002413-URINSAYA	44,88	31,26	43,57	67,75	28,13	No aprobado
00002411-CONDOROMA	40,22	33,04	52,57	41,15	31,49	No aprobado
00002395-SANTA BARBARA	36,84	35,17	48,01	59,90	35,68	No aprobado
00002387-CHIARA /00034448-CHIARA	26,07	38,64	53,02	47,65	36,24	No aprobado
00002412-COPORAQUE	22,88	35,48	46,78	51,21	39,44	No aprobado
00026387-MENTAL COMUNITARIO SICUANI		56,82	60,71	51,67	40,76	No aprobado
00002386-COMBAPATA CANCHIS	32,52	43,74	50,23	68,67	42,37	No aprobado
00002389-CHECTUYOC	55,11	33,30	36,01	48,03	43,86	No aprobado
00002366-CHECCA	42,32	49,49	72,54	67,06	44,33	No aprobado
00002416-PALLPATA	31,34	23,61	34,42	51,87	47,40	No aprobado
00002414-HUAYHUAHUASI	44,47	30,62	56,35	62,31	48,81	No aprobado
00002391-OCCOBAMBA MARANGANI	55,75	28,75	30,99	45,01	49,13	No aprobado
00002418-SAN MIGUEL	44,43	26,75	33,26	63,38	49,54	No aprobado
00002383-LA FLORIDA	38,14	38,81	56,27	66,53	49,98	No aprobado
00002393-PHINAYA	36,78	43,61	66,65	67,15	50,62	No aprobado
00002382-UZCUPATA	37,93	44,32	56,35	61,07	51,42	No aprobado
00002371-LAYO	38,08	36,42	49,88	56,75	51,61	No aprobado
00002417-PICHIGUA ESPINAR/00034450-PICHIGUA ESPINAR	41,59	48,53	63,78	53,46	51,61	No aprobado
00002396-SAN PEDRO CANCHIS	41,22	43,56	68,31	71,06	51,74	No aprobado
00002410-YAURI	30,53	34,79	57,61	61,88	52,20	No aprobado
00002390-CCUYO	60,81	60,21	59,91	71,18	53,72	No aprobado
00002320-MOSOCLACTA	25,48	60,15	60,93	74,99	54,06	No aprobado
00002381-QUEHUAR	43,44	43,98	65,99	30,44	54,55	No aprobado
00030366-CSMC MUSUQ KAWSAY				55,62	58,48	No aprobado
00002419-SUYKUTAMBO	33,86	56,26	69,52	60,90	58,66	No aprobado
00007700-EL DESCANSO	34,21	51,59	57,90	59,57	58,72	No aprobado
00002388-MARANGANI	67,45	56,41	47,38	60,32	58,76	No aprobado
00002385-CHECACUPE/ 00034929-CHECACUPE	34,32	67,56	78,37	75,68	58,77	No aprobado
00002394-SAN PABLO CANCHIS	45,92	46,74	76,18	76,19	60,89	No aprobado
00002364-YANAOCA	29,87	47,03	46,90	71,73	61,73	No aprobado
00002365-PONGOÑA	31,34	46,79	47,48	67,17	62,18	No aprobado
00002384-PAMPAPHALLA /00035845-PAMPAPHALLA	47,03	57,62	62,02	69,14	65,35	No aprobado
00032339-CCOCHAPATA				71,96	65,72	No aprobado
00002392-PITUMARCA /00034887-PITUMARCA	34,44	52,62	60,55	57,72	66,21	No aprobado
00002380-TECHO OBRERO	62,94	48,38	64,46	74,80	67,86	No aprobado
00002367-CHITIBAMBA	20,78	46,72	61,16	49,76	68,63	No aprobado
00002379-HERCCA	45,60	46,68	52,57	60,05	72,40	No aprobado
00002370-CONDEVILUYO	60,89	55,81	52,85	61,60	72,75	No aprobado
00034449-CHAUPIBANDA					73,92	No aprobado



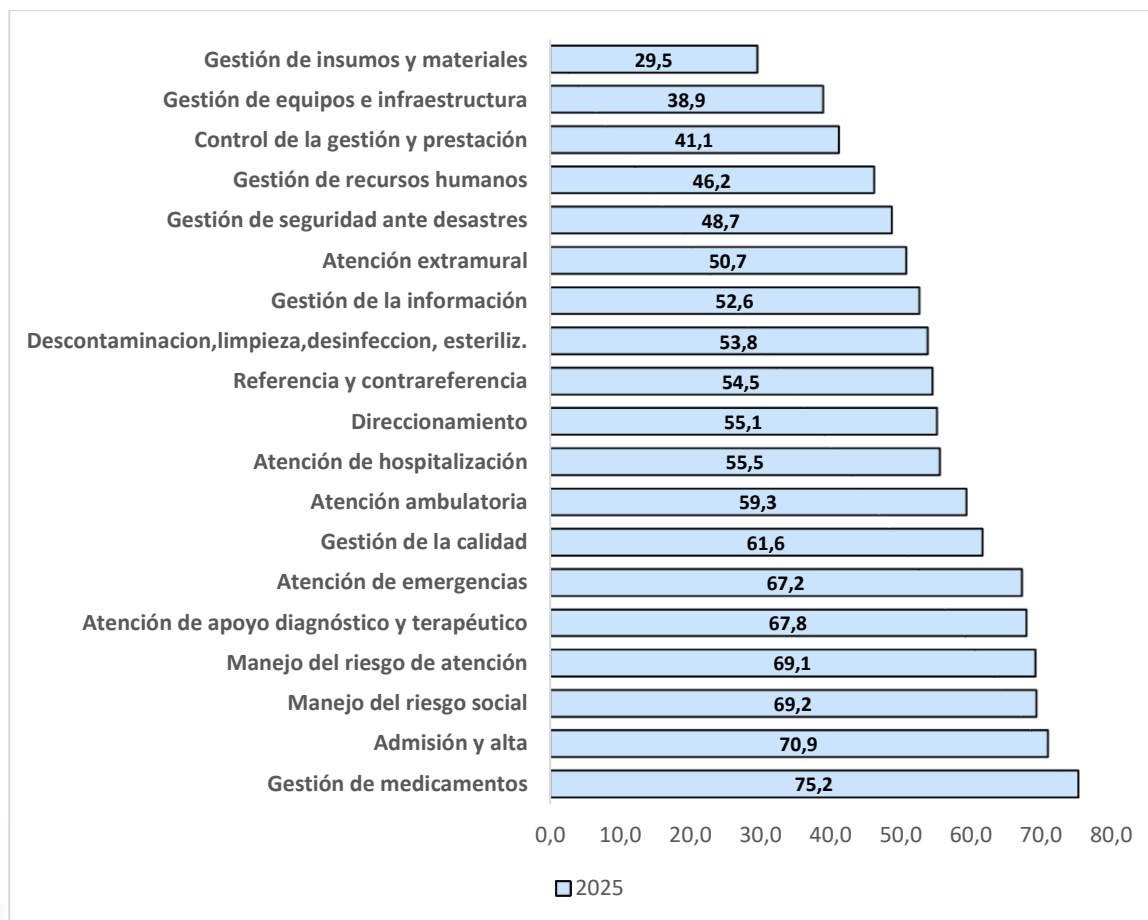
00006745-TINTAYA MARQUIRI	44,46	25,93	60,88	75,88	73,99	No aprobado
00002377-TOCCOCCORI	23,67	59,81	49,03	70,27	74,02	No aprobado
00002376-TUNGASUCA	28,20	52,84	63,90	53,69	74,38	No aprobado
00002369-LANGUI	59,26	72,74	73,33	69,67	76,10	No aprobado
00002372-PAMPAMARCA	19,21	54,80	50,21	54,02	76,59	No aprobado
00002397-TINTA	29,17	42,18	71,87	68,23	77,83	No aprobado
00002375-SURIMANA	28,44	54,88	46,90	72,46	77,92	No aprobado
00018241-HAMPATURA	50,84	32,96	60,63	43,30	78,16	No aprobado
00002373-QUEHUE	32,71	43,80	52,94	70,54	78,32	No aprobado
00002374-HUINCHIRI	43,88	33,67	40,11	63,70	78,63	No aprobado
Total general	39,44	44,27	54,71	61,13	56,76	No aprobado

Fuente: base de datos Aplicativo de Autoevaluación – Dirección SGCS. GERESA Cusco

Interpretación:

Se observa en la presente tabla, en el año 2025, son trece IPRESS que obtuvieron un puntaje superior a 70%; 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. Los dieciséis IPRESS que tuvieron desempeño menor del 50% se deberá realizar mayor monitoreo y seguimiento. 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° 07
Resultados del desempeño de cumplimiento según Macroprocesos.
U.E. 401 SCCE. 2025



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



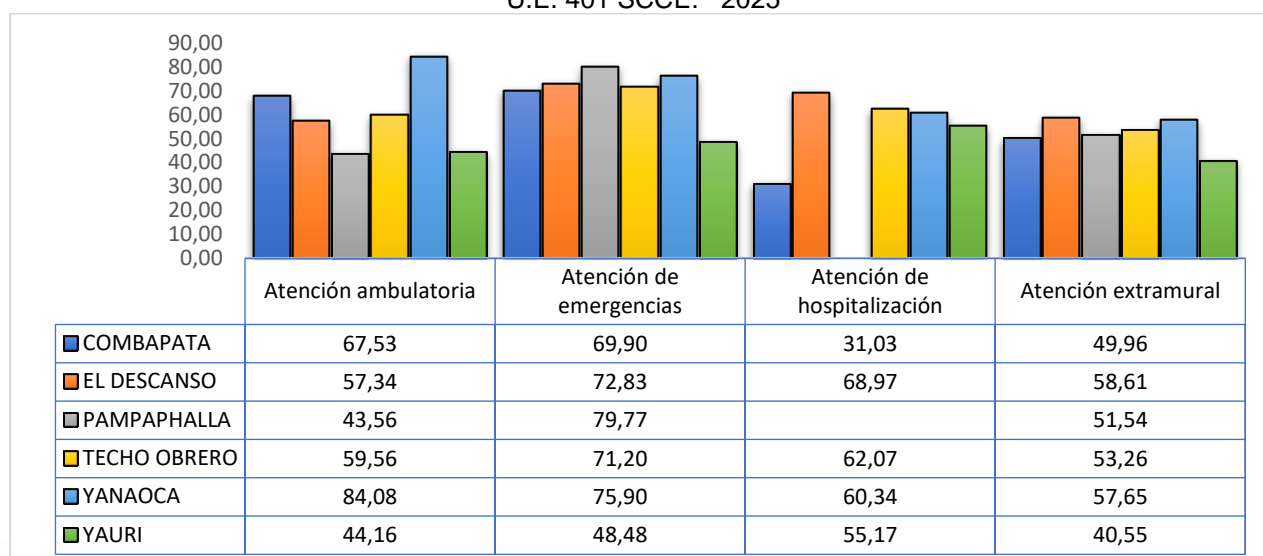
Macroproceso 3 Gestión de la calidad al análisis podemos visualizar que las microrredes con mejor desempeño se encuentran son el descanso, techo obrero y Yanaoca, con desempeño intermedio tenemos a Combapata, Pampaphalla y yauri, lo que significa que no está implementado gestión de la calidad en todo 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, 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 podemos evidenciar que las microrredes con mayor desempeño se ubican a Yanaoca y techo obrero, con intermedio desempeño tenemos a Combapata, el descanso y yauri, con puntaje más bajo esta Pampaphalla. La prevención de riesgos de daños innecesarios, relacionados con la atención tiene un desempeño regular sin embargo es necesario tomar medidas más adecuadas para reducir los riesgos mitigar sus efectos, 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, al análisis podemos mencionar que con mayor desempeño se encuentran Yanaoca y el descanso y con menor desempeño tenemos a Combapata, Pampaphalla, techo obrero y yauri. Este macroproceso se refiere a 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 no son adecuadas, en necesario tomar medidas de mejora en este indicador el cual será socializado con la finalidad de levantar las observaciones.

Macroproceso 6 Control de la Gestión y prestación, se observa que el 100% de microrredes se encuentra por debajo de 50%, en ese sentido se priorizará acciones y planes de mejora, plan de auditoría, evaluación y supervisión.

Gráfico N° 09
Resultados del desempeño de según categoría Prestación por Microrredes
U.E. 401 SCCE. 2025



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



Macroproceso 7 Atención ambulatoria se encuentra con mejor desempeño Yanaoca (84,08) seguido de Combapata (67.53) Techo Obrero (59.56) El Descanso (57.34) y con resultados por debajo de 50% se encuentra Yauri (44.16). y con el menor puntaje se encuentra Pampaphalla (43.56)

Con respecto al conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria si se da cumplimiento algunas IPRESS no cuenta con señalización adecuada y los mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. Así mismo las políticas para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados no se tiene unificado este criterio en todas las ipress a excepción de lo I-3 y I-4 que, si cuentan con acceso a internet y vienen laborando con las historias clínicas virtuales, en referencia al área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales no se cumplen por la cantidad de personal que no cuenta para esta función. En relación a los mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria si son ubicadas en la mayoría. La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios se evidencia que si se encuentran, solo faltan actualizar algunos que por el tiempo se encuentran deteriorados; en referencia al desarrollo de estrategias para actividades preventivas y de promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes no se realizan oportunamente se viene priorizando solo el motivo de consulta y los mecanismos para brindar información a los usuarios no son establecidos adecuadamente y no son de conocimiento por todo el personal; así mismo la implementación de estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones obstétricas con el fin de buscar ayuda aún se tiene deficiencias sobre todo en las comunidades y las familias, la implementa de programas de prevención de las patologías más frecuentes actualmente se viene priorizando solo el motivo de consulta mas no en general de las patologías más frecuentes, la estrategia de Comunidades y Familias Saludables acorde a su programación a la fecha post pandemia se viene paulatinamente iniciando con estas actividades por las dificultad que existe con la sobrecarga laboral en las IPRESS tanto en estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud y estrategia de Municipios Saludables actualmente se viene implementando los comités de salud el cual está integrado por las autoridades máximas de la jurisdicción, 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 al cual se da cumplimiento en forma parcial, y solo adopta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y con escasa diferenciación por etapas de vida y la gran deficiencia que se observa en las historias clínicas en el plan de trabajos que no sigue los lineamientos, con respecto a la atención prenatal se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados no todas están dentro de los rangos esperados, en referencia a los mecanismos de recoger quejas y sugerencia se viene realizando..

Macroproceso 8 Atención extramural de 6 Microrredes, 4 se encuentra por encima del 50%, descanso (58.61), Yanaoca (57.61), techo obrero (53.26) Pampaphalla (51.54), y con menor desempeño se encuentra Combapata (49.96), y Yauri (40.55); 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 el establecimiento desarrolle actividades planificadas de comunicación educativa que promuevan prácticas saludables y el cuidado del medio ambiente todo ello en función de la cartera de servicios extramurales así mismo en necesario tomar acción para incrementar la cobertura de atención extramural, en referencia a un modelo de atención extramural en los ámbitos individual, familiar y comunidad acorde a las políticas sectoriales se realiza en forma parcial, las actividades extramurales no se realizan según la programación establecida en todos los establecimientos, con respecto al sistema de vigilancia en salud se cuenta sin embargo no se cuenta con la documentación, estos resultados se socializaran con la finalidad de tomar acciones que nos permitan mejorar estas observaciones

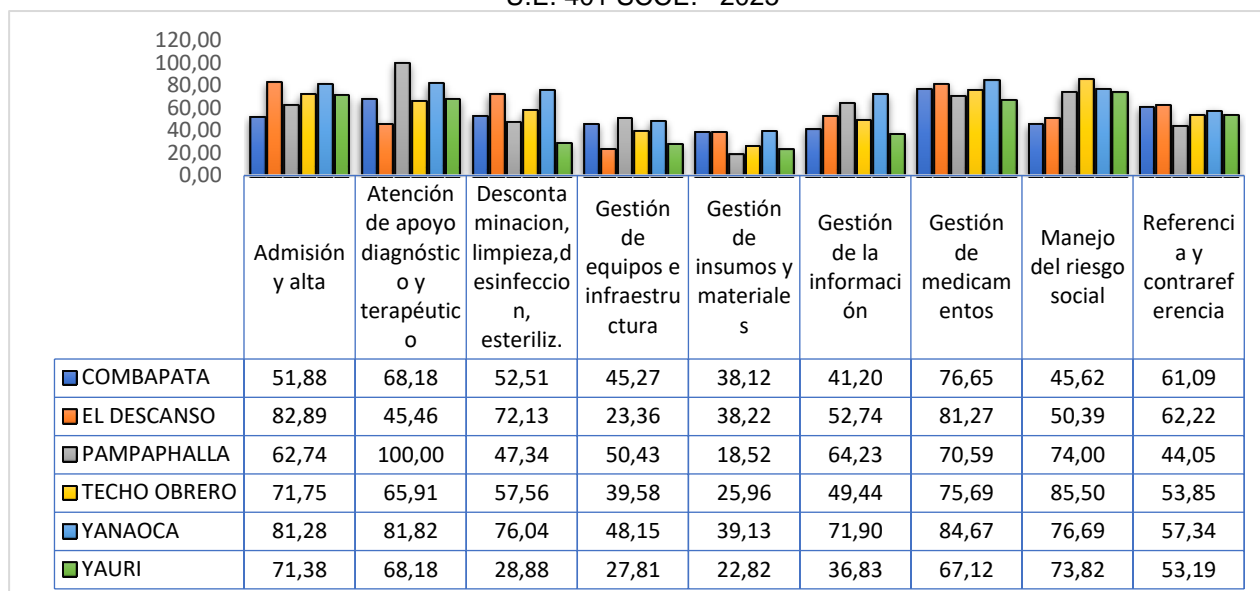
Macroproceso 9 Atención de Hospitalización Micro Red Pampaphalla la única Microrred que no cuenta con el servicio por ser categoría I-3, al verificar y analizar el avance Combapata (30.3) es quien presenta menor porcentaje seguido de Yauri (55.17) y con el mayor porcentaje de desempeño se encuentra el descanso con 68.97. la mayor observación se encuentra en la adopción de las guías de práctica clínica no se realiza, así mismo respecto a la atención de su cuadro de necesidades no son atendidas la mayor dificultad que se evidencia en la comunicación educativa sobre la cartera de servicio extramurales, el segundo motivo se refiere al desarrollo de la actividades de comunicación educativa de acuerdo a la cartera de servicios y las prioridades de salud así mimo no se identifican las 10 primeras causas de hospitalización, no existe monitores de adherencia a la normativa vigente durante el proceso de atención.

Macroproceso 10 Atención de Emergencias, de 6 Microrredes, 5 se encuentra por encima del 50%, Pampaphalla (79.770), Yanaoca (75.90), descanso (72.83), techo obrero (71.20) Combapata (69.90), y con menor desempeño se encuentra y Yauri (48.48); El establecimiento no cuenta con documento las medidas



para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, es necesario fortalecer 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° 10
Resultados del desempeño de según categoría Apoyo por Microrredes
U.E. 401 SCCE. 2025



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

Macroproceso 13 Atención de Apoyo diagnóstico y Terapéutico de 6 Microrredes, 2 se encuentran por encima del 80%, Pampaphalla (100%) Yanaoca (81.82), Techo Obrero (95.46), y que tienen bajo puntaje son El Descanso (48.46); en el presente macroproceso se evidencia deficiencia en los indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus resultados en función con las necesidades de los pacientes, así mismo existe deficiencias en la aplicación de programas de control de calidad, los cuales no se garantiza por medio de la calibración de equipos y control de calidad de los procedimientos.

Macroproceso 14 Admisión y Alta se encuentra con desempeño mayor de 50%, el 100% de microrredes, con mayor desempeño se encuentra El Descanso (82.89), Yanaoca (81.28) y con puntajes más bajo tenemos a Combapata (51.88), la mayor dificultad se encuentra en contar con personal capacitado en el último año para realizar actividades en el área de admisión, lo mismo en el proceso diario de recojo de historias clínicas no se llega a identificar los aspectos críticos, así mismo no se cuenta con manual de procedimientos del área de admisión, así mismo no se cuenta sistematizado el proceso de programación y entrega de citas, en tal sentido se tomara acciones de fortalecer al personal en coordinación con recursos humanos, así mismo se realizara el monitoreo de los tiempos de espera en el área de admisión.

Macroproceso 15 Referencia y Contrarreferencia: se observa que de las 6 Microrredes 100% se encuentran con Puntaje mayor del 50%, El Descanso (62.22), Combapata (61.09), Yanaoca (57.34), techo obrero (53.85), y con desempeña bajo se ubica Yauri (53.19) y Pampaphalla (44.05), se tiene deficiencias para establecer coordinaciones con otros establecimientos para garantizar la atención posterior al alta, así mismo no cuenta con Agentes comunitarios de Salud que aplican procedimientos para la referencia comunal, similar situación se observa en la activación de los SIVICOS Comunales. Toda esta información se socializará a los coordinadores responsables de Red e IPRESS con la finalidad de tomar acciones de mejora en estos ítems.

Macroproceso 16 Gestión de Medicamentos, se observa que el 100% de Microrredes (6) se encuentran con promedio mayor al 70%. Pampaphalla (84.67), El Descanso (81.27) y con menor avanece esta Yauri (67.12). Según análisis falta socializar y fortalecer al personal de salud en procedimientos de farmacia con relación a los medicamentos, también se evidencia que los medicamentos no son almacenados de acuerdo



a las buenas prácticas de almacenamiento, así mismo se hace necesario socializar el mecanismo que se aplica para la compra de medicamentos programados sobre la base del petitorio acorde con el cuadro de necesidades. Todo este resultado se socializará con el responsable de SISMED con la finalidad de tomar acciones y levantar las observaciones relacionados con la adquisición de medicamentos.

Macroproceso 17 Gestión de la Información: del 100% de Microrredes se encuentra con desempeño mayor del 50%, (3 microrredes), Yanaoca (71.90) Pampaphalla (64.23), El Descanso (52.74), y con menor puntajes se encuentra Techo Obrero (49.44), Combapata (41.20), Yauri (36.83), la observación en este macroproceso es producto de la escas evidencia que existe por parte del personal de salud para contar con certificado o constancia de estar capacitado para llevar actividades de gestión de la información, así mismo no se cuenta con espacios para mostrar la información relevante de los proyectos y acciones de mejora continua de la información, también existe dificultades para identificar necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos. De igual manera se procederá tomar acciones para levantar las observaciones en coordinación con los responsables de IPRESS y RED CCE.

Macroproceso 18 Descontaminación, Limpieza, Desinfección, esterilización: en el presente estándar 2 Microrredes presentan un desempeño mayor de 70, Yanaoca (76.04), El Descanso (72.13) y la microrred con el menor desempeño Pampaphalla (47.34), Yauri (28.88), Las observaciones del presente ítems se refiere a la percepción que tiene el usuario interno y externo respecto a la limpieza de la IPRESS por ende a la fecha no se toma acciones de mejora, también se encuentra deficiencias en la vigilancia activa que el comité de IIAA o de rondas de seguridad de la IPRESS para evitar infección en la institución, así mismo se observa que el personal de salud no se encuentra actualizado en los temas de desinfección, esterilización acorde a la categoría de establecimiento de salud, como consecuencia de ello a la fecha el proceso de esterilización y desinfección no se tiene ninguna normativa vigente. Por lo tanto, es necesario tomar acciones que nos permitan mejorar esta observación.

Macroproceso 19 Manejo del Riesgo Social: el 83% de microrredes se encuentran con puntaje superior a 50%, encontrándose con mejor desempeño a la micro red Combapata (45.52). Según análisis se evidencia que los establecimientos no cuentan con mecanismo de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza, así mismo no se cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica del usuario que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios. Ello nos obliga a tomar acciones en coordinación con las áreas respectivas de la RSCCE.

Macroproceso 21 Gestión de Insumos y Materiales se aprecia que, de 6 Microrredes, 100% de microrredes presentan un puntaje menor del 50%, Yanaoca (39.13). y con desempeño menor se encuentra, Yauri (22.82), se evidencia que el establecimiento no cuenta con información respecto a los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes, también la ipress 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, la mismo sucede con las líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes

Macroproceso 22 Gestión de Equipos e Infraestructura, se observa que de las seis Microrredes, solo una se encuentra con puntaje mayor de 50%, Pampaphalla (50.43), se observa la falta de personal capacitado en recuperación de la infraestructura y equipos, no se cuenta con plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporados en el plan operativo, del mismo modo no se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento, similar situación se evidencia con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioro de los equipos y servicios básicos (agua energía eléctrica) no se cuenta con personal capacitado para realizar los proyectos de inversión.

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

IX. CONCLUSIONES

- El puntaje general obtenido a nivel de U.E. 401 SCCE. alcanzado: 56.76, inferior al año 2025, no alcanzando 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 (58.45%), Macroprocesos de Apoyo (56.49%) y el menor puntaje fue de los Macroprocesos Gerenciales (55.24%).
- Los macroprocesos con menor puntaje en la autoevaluación son: Gestión de Insumos y Materiales (29.53%), Gestión de equipos e infraestructura (38.9%), Control de la Gestión y prestación (41.1%),



Gestión de Recursos Humanos (46.2%), Gestión de seguridad ante desastres (48.7%), Atención Extramural (50.7%), Gestión de la información (52.6%), Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (53.80%), , Referencia y Contrarreferencia (54.5%), Direccionamiento (55.1%), Atención de hospitalización (55.1%), atención Ambulatoria (59.3%), Gestión de la Calidad (61.6%), atención de emergencias (67.2%), atención de apoyo al diagnóstico y terapéutico (67.8), que serán monitoreos con mayor énfasis en el año 2026.

- El resultado obtenido por categoría de IPRESS de mayor a menor se tiene a los establecimientos de categoría I-1 (70.28), I-3 (58.17), I-4 (56.58), y I-2 (54.12).
- A nivel de U.E. 401 SCCE, de los establecimientos con mayor puntaje es el Puesto de Salud Huinchiri (78.63), Quehue (78.32) y Hampatura (78.16) y con menor puntaje Occoruro (19.18), Accocunca (26.85), Urinsaya (28.13), Condorama (41.15), Santa Barbara (35.68%), Chiara (47.65),

X. RECOMENDACIONES GENERALES

- El proceso de autoevaluación debe ser abordado como una tarea permanente en los 51 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.
- Los jefes de Microrredes e IPRESS: realizar con los resultados de autoevaluación realizada el año 2026 acciones y planes de mejora y el monitoreo permanente de cumplimiento de las actividades programadas. En un plazo de 120 días.
- El equipo de Acreditación deberá reunirse, para monitorizar el cumplimiento del levantamiento de observaciones de la presente autoevaluación.



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 Plan Estratégico del Gobierno Regional de Cusco en virtual, definió, pero no comunica con material visible y el personal conoce parcialmente no identifica compromisos (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas)	A la Unidad de Planeamiento de la RSSCCE. – Comunicar a través de Memorándum al personal de salud el Plan Estratégico Institucional (PEI ampliado del GORE Cusco aprobado mediante R.E.R N° 438-2023-GR CUSCO/GR 09.AGO.2023) a las 52 IPRESS de la Institución. – Ejecutar reuniones virtuales i/o presenciales de difusión del PEI ampliado – Elaborar un Dashboard de centro de costos para el manejo de la información relacionada con la adquisición, compras y procesos logísticos.
DIR 1-2	La jefatura de las IPRESS no asegura que los servicios formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional (matriz 1 y matriz 4) de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar	A la Unidad de Planeamiento de la RSSCCE. • Implementar (físico i/o virtual) y Socializar el Plan Operativo aprobado con R.D. Institucional de la RSCCE aprobado con R.S. • Comunicar con documento oficial plazo para contar con plan de trabajo aprobado con R.D. y el informe tecnico de evaluación semestral y anual (acta y relación de participantes), el cual deberá ser de cumplimiento en los 52 IPRESS de la Jurisdicción de la RSCCE
DIR 1-3	Los planes de trabajo y planes de contingencia de algunas ipress no se elaboran, conservan ni actualizan según un procedimiento documentado. (GUIA No 001-2023 GR CUSCO/DRSC-OEPPDI-OOP) y no identifica situación de todos los cursos de vida	Al Área de Planeamiento y Emergencias la RSSCCE: • Socializar GUIA No 001-2023 GR CUSCO/DRSC-OEPPDI-OOP. Guía Para La Programación, Formulación, Aprobación, Ejecución, Monitoreo, Evaluación y reprogramación de los Planes de Trabajo y TDR de las Unidades Orgánicas y Funcionales de la Gerencia Regional De Salud Cusco de las IPRESS de la U.E 401 SCCE. – Emisión de memorándum informando el cumplimiento de la normativa bajo responsabilidad (GUIA No 001-2023 GR CUSCO/DRSC-OEPPDI-OOP)
DIR 1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento de algunas etapas de vida. (niño y gestante)	A la jefatura de Microrred e IPRESS. – Identificar en el plan de trabajo de la IPRESS las principales necesidades de salud de los usuarios de todos los cursos de vida – Gestante y/o periodo prenatal – Curso de vida niño – Curso de vida adolescente – Curso de vida joven varón y mujer – Curso de vida adulto varón y mujer – Curso de vida adulto mayor
DIR 1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación (ASIS) de salud a nivel de provincias 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. – Generar espacios de análisis de situación de salud con los equipos de Gestión a nivel distrital y las Coordinadores de los Programas presupuestales y responsables de estrategias sanitarias. Jefatura de Microrred – responsable de epidemiología de IPRESS: – 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:



		- Socializar análisis de ASIS de la provincia
DIR 1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas no están dentro de los niveles esperados (90%) para el establecimiento de salud.	<p>A la Coordinadora del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal y equipo técnico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programar reunión de análisis de equipamiento e implementación de los consultorios externos tóxico de emergencia y área de reposo y socializar el resultado para la toma de acciones de mejora. - Realizar visitas de monitoreo a la microrred y los establecimientos de categoría I-4 con la finalidad de identificar las verdaderas necesidades y garantizar su implementación. <p>A la Coordinadora de Microrred</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizar en las Microrredes el equipo que verificara la evaluación del FONP y B, con el compromiso de verificar la organización de los equipos insumos identificando los faltantes. <p>A la responsable de IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reactivar comité evaluador de las FON P y B de cada IPRESS que garantice que la información emitida es verídica. • Emitir informe con análisis de la situación actual de cada IPRESS según el FON.
DIR 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.	<p>Al Comité de Auditoría y Unidad de Epidemiología RSCCE. Microrredes e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar R.D. al comité de Auditoría de las 51 IPRESS. • Fortalecer al personal de salud proceso de Auditoría de atención en salud. • Socializar las prioridades sanitarias en el ámbito de la RSCCE según ASIS <p>- 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.</p>
DIR 1-8	El equipo de salud participa en la evaluación el cual no se evidencia por la falta de informe técnico de evaluación integral.	<p>A la Dirección de Atención Integral de Salud y responsables de Programas presupuestales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer al personal de salud para la generación de informe técnico de evaluación integral. <p>A la Jefatura de Microrred e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generar y realiza el informe técnico de evaluación integral en forma semestral
ESTANDAR DIR 2: 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
DIR 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	<p>A la Jefatura de IPRESS y Microrred:</p> <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 y 04 de los programas presupuestales)
DIR 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	<p>A la jefatura de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer capacidades en - Solicitar formalmente a los responsables de servicios áreas los informes técnicos del avance de actividades de su plan de trabajo. (memorándum). <p>A la Jefatura de servicios, áreas de las IPRESS:</p> <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).
DIR 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	<p>A la Jefatura de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar formalmente a través de memorándum a los responsables de servicios áreas presentar informe técnico trimestral de los avances de metas de los programas presupuestales: (anexos) <ul style="list-style-type: none"> - 1). matriz 01 (metas distribuidas mensualmente) - 2). Matriz 04. Actualizados mensualmente. (memorándum). <p>Jefe de servicios, áreas de IPRESS:</p>



		<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo del avance de actividades de su plan de trabajo <ul style="list-style-type: none"> • Matriz 04. Actualizados y emitidos mensualmente al jefe inmediato superior, (jefe de IPRESS) • Emitir trimestralmente informe técnico de avance de metas de programas presupuestales y actividades programadas en el plan de trabajo de la 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"> • Generar manual de procedimientos de incorporación del recurso humano orientada según el manual de organización y funciones. • Social el MAPRO de incorporación de RRHH, de la RSCCE., a las IPRESS de la jurisdicción. <p>A los responsables de Recursos humanos de las Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el cumplimiento del RIS de GERESA. • Solicitar a la RSCCE generación de MAPRO de incorporación de recurso humanos en las IPRESS <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"> • Generar Directiva/MAPRO de inducción del Recurso Humano (DL 276, 1057, 728 CLAS) aprobado con R.D. • Socializar el procedimiento de inducción del recurso humano (DL 276, 1057, 728) a los responsables de RRHH de las 52 IPRESS. • Emitir a las IPRESS el PDP aprobado con R.D de la RSCCE a las 52 IPRESS. <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 del recurso humano <p>A los responsables de Recursos Humanos de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar e implementar procedimiento de inducción según normativa vigente.
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 vigente a la fecha <p>A la Jefatura de Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar en forma permanente el cumplimiento de las funciones del personal de salud según grupo ocupacional en las IPRESS de su jurisdicción. <p>A Jefatura de IPRESS y responsable de RR.HH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar memorándum de asignación de funciones en forma individual al 100% del personal de la IPRESS.(MOF)
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"> • Implementar estándares o metas de productividad del 100% de grupos profesionales y no profesionales, aprobado con R.D. • Emitir memorándum del cumplimiento de estándares o metas de productividad aprobado con ó R.D. Administrativa al 100% de IPRESS de la Jurisdicción de la U.E. 401 SCCE <p>A los jefes de Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar y socializar periódicamente la productividad del recurso humano en reunión de jefes. <p>A los jefes de IPRESS</p>



		<ul style="list-style-type: none"> Comunicar vía físico o virtual los estándares/metras a través de memorándum al 100% de personal de la IPRESS <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 para el análisis de la situación institucional.	<p>A los jefes de Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar la conformación del comité de gestión multidisciplinario a la jefatura de IPRESS de su jurisdicción Aprobar a través de Memorándum la conformación de los diferentes comités de las IPRESS de su jurisdicción. <p>A los jefes y responsables de RR.HH de las IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar plan de trabajo del comité de gestión aprobado con R.D. o memorándum (anexo cronograma de reuniones) Realizar acta de reuniones del comité de gestión, según lo planificado en el plan de trabajo
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 la jefatura y responsable de RR.HH de la IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> Dar cumplimiento al cronograma de reuniones del comité de gestión, según lo planificado en el plan de trabajo, y generar acta en el que se evidencie la identificación de problemas y propongan soluciones para mejorar el desempeño del recurso humano y otros.
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 no cuenta con evidencia detallada de disponibilidad de bienes de protección personal por recurso humano.	<p>Al jefe y responsable de RRHH de la Micro Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar la conformación de equipo de Rondas de Seguridad a las IPRESS de su jurisdicción. <p>Al jefe, responsable de RRHH y SIMED de la IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> Contar con evidencia de entrega de bienes de protección personal en forma individual al recurso humano de la IPRESS.
GRH 3-2	El recurso humano de IPRESS no cuenta con información de estar protegido con seguro de accidentes laborales, solo cuenta con información de seguro de salud (ESSALUD)	<p>A jefe de la Unidad de Gestión Desarrollo del Potencial Humano de la U.E. 401 SCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> Emitir información sobre seguro de protección en el trabajo del recurso humano de las 52 IPRESS de la U.E. 401 SCCE. <p>A jefe responsable de RR.HH de Micro Red:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar a la RSCCE información sobre seguro de protección en el trabajo del recurso humano de su jurisdicción. <p>Al responsable de RR.HH de IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar que el recurso humano del establecimiento cuente con seguro de salud (ESSALUD u otro) y de protección en el trabajo del 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



<p>GRH 4-1 4-2 4-3</p>	<p>El establecimiento no cuenta con plan de desarrollo personal de la U.E. 401 SCCE aprobado con R.D. en concordancia al :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de cuidado integral por curso de vida, (MCI) - Logro de objetivos institucionales - Deberes y derechos de los usuarios 	<p>A los responsables de RR.HH, de la RSCCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emitir a las IPRESS el PDP de la U.E. 401 SCCE aprobado con R.D. (Modelo del cuidado integral por curso de vida) • Monitorizar que el recurso humano capacitado en la RSCCE cuente con evidencia de capacitación (certificado o constancia de capacitación por 24 horas o más) <p>A los responsables de RR.HH, de las MR e IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con evidencia del registro del personal capacitado en RRHH. Y el modelo de cuidado integral por curso de vida. • Registro de personal capacitado logro de objetivos institucionales (certificado o constancia) • Registro de personal capacitado en deberes y derechos de los usuarios. (certificado o constancia) • Contar con evidencia de evaluación institucional en deberes y derechos. (certificado o constancia)
---	--	--

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
<p>GCA 1-1</p>	<p>El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado, pero no todos se encuentra capacitados para cumplir sus funciones.</p>	<p>A la Coordinación de Gestión de la Calidad de la RSCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar la Resolución Directoral para el personal de salud responsable de calidad de las IPRESS. • Fortalecer al personal responsable de Gestión de Calidad en: <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad del paciente, calidad. - Mejora continua
<p>GCA 1-2</p>	<p>Los diversos servicios o unidades funcionales no cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.</p>	<p>Al jefe de Microrred e IPRESS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar al personal al responsable de Gestión de la Calidad y monitorizar el cumplimiento de sus funciones. • Implementar proyectos y/o acciones de mejora continua con un avance del 80% a probado con R.D. o Memorándum.
<p>GCA 1-3</p>	<p>El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos. No cumplen actividades según planificación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar la Resolución Directoral para los equipos de mejora continua. <p>Al jefe de Microrred e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformar equipos de mejora continua y solicitar la Resolución Directoral para de reconocimiento.
<p>GCA 1-4</p>	<p>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</p>	<p>A / al responsable de Auditoria de la RSCCE, Microrred e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el levantamiento de observaciones a las recomendaciones de las auditorías realizadas • Levantar las observaciones a través de proyectos o acciones de mejora continua.
<p>GCA 1-5</p>	<p>Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que no responde a las necesidades de usuarios internos y externos. (no generan proyectos ni acciones de mejora continua)</p>	<p>A la Coordinación de Gestión de la Calidad de la RSCCE, Micro Red e IPRESS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socializar los resultados de encuesta de satisfacción del usuario externo y realizar análisis de la información • Levantar observaciones de los resultados de encuesta de satisfacción del usuario externo e interno a través de Proyectos y acciones de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad, aprobados mediante R.D. o memorándum de aprobación e implementados al 80% o mas



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 2-3	El establecimiento no tiene definido y difunde parcialmente el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios de salud,	Responsable de Servicios de Salud y PAUS de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> • Implementar acción de mejora: <ul style="list-style-type: none"> – Mejorar calidad difusión del paquete de información del proceso de atención en salud, para fortalecer la satisfacción del usuario externo Implementar a las IPRESS Cartera de servicios adecuados con interculturalidad. – Implementación de mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios de salud de las IPRESS de la RSCCE. – Implementación de encuesta de identificación de barreras de acceso de usuarios a servicios de salud al usuario de salud de los establecimientos de la jurisdicción de la RSCCE.
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	
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.	
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. <ul style="list-style-type: none"> • Implementar cartera de servicios y flujograma según categoría en las 52 IPRESS de la RSSCCE. Al jefe de IPRESS y Micro Red: <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar actualización de cartera de servicios de IPRESS Aprobado con R.D que cuentan con especialistas.
GCA 2-8	El establecimiento tiene flujogramas de atención general, por servicios y señalización. Pero no en el 100% de IPRESS	
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 3-3 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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, implementado al 80% y aprobado con resolución directoral o memorándum.



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, pero no involucra los indicados en la normativa de Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención, intervención no cuenta con evidencias documentadas (actas, informes)	Al jefe de IPRESS de categoría I-3 y I-4: <ul style="list-style-type: none"> • Conformar 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"> a. jefe de IPRESS, quién es el Líder del Equipo. b. El responsable de personal de la IPRESS c. El responsable de Gestión de la Calidad, quien ejerce la Secretaría Técnica. d. El responsable de Epidemiología en la IPRESS. e. jefes de servicios (medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, odontología, Psicología, farmacia, laboratorio) f. Resp. de Salud Ocupacional. g. Resp. de Saneamiento ambiental h. El responsable de la UPSS de Farmacia. • Mensualmente aplicar rondas de seguridad del paciente en los servicios de categoría I-3 al I-4 como evidencia realizar acta con firma de los integrantes del equipo • Resultado por servicio publicar en sala situacional de la IPRESS
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	
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	
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 1-6 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	
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, Micro Red e IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Conformar sub comité de Seguridad y Salud en el trabajo en las IPRESS de categoría I-4 y I-3 estratégico. • Fortalecer al personal de salud en: <ul style="list-style-type: none"> – NTS N° 161-MINSA/202/DGAIN (Norma Técnica de Salud para el uso de Equipos de



MRA 6-5	No se reportan, registran ni toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.	Protección Personal por los trabajadores de las IPRESS) <ul style="list-style-type: none"> - Documento Técnico Plan nacional para la prevención de VHB, VIH y la TB por riesgo ocupacional en los trabajadores de salud. - NTS N° 215-DGIESP/INSA-2024 (NTS Seguridad y salud en el trabajo del sistema de salud) - Manual de procedimientos para la prevención y atención de riesgos relativos al tipo de trabajo que realizan. - Emitir constancia de capacitación al personal de salud fortalecido responsable de salud ocupacional de las IPRESS. <p>Al responsable de Salud Ocupacional de Micro Red e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el cumplimiento de la normativa arriba mencionada. • Implementar Flujograma de accidentes punzo cortantes. • Monitorizar el registro y notificación de accidentes de trabajo, eventos adversos
MRA 6-6	En la IPRESS no existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas en los servicios	
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.	
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"> • Implementar acción de mejora “fortalecimiento del control sanitario y gestión ambiental mediante el monitoreo de metales pesados y el manejo adecuado de residuos sólidos” • Disponer en virtual y socializar y fortalecer al personal de salud la normativa de manual de procedimientos para a eliminación de residuos sólidos. • 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 las IPRESS. 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.

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 Dirección de Inteligencia Sanitaria y responsable de emergencias y desastres de RSCCE: <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.
GSD 1-2	IPRESS no somete a evaluación de seguridad las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos	A la Dirección de Administración, Jefatura de patrimonio y responsable de emergencias y desastres: <ul style="list-style-type: none"> – Socializar el mecanismo de evaluación de seguridad de obras de ampliación, remodelación, rehabilitación y reducción de riesgos.
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.	<p>La responsable de emergencias y desastres de U.E. 401 SCCE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciar la formación y fortalecimiento de brigadas de lucha contra incendios y participar en la implementación de los planes de respuesta locales. • Implementación de proyecto de mejora continua “elaboración y implementación de planes de contingencia ante emergencias y desastres aprobados con resolución directoral en las IPRESS de la jurisdicción de la U.E. 401 RSCCE.
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	
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	
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.	<p>Responsable de Servicios de Salud y Médico Auditor de la RSSCCE:</p> <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. <p>Al jefe de Microrred e IPRESS:</p> <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.	<p>A la Dirección de Atención Integral de salud, responsables de coordinaciones de Programas Presupuestales de la RSSCCE:</p> <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"> o Gestionar resolución directoral a los comités de auditoría de las IPRESS. o Fortalecer en el proceso de Auditoria, supervisión y evaluación. Plazo 90 días o Monitorizar mensualmente y dar el soporte técnico a los responsables de Auditoria de IPRESS en el proceso de Auditoria. Plazo de 90 días.
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.	
CGP 2-3	No todas las IPRESS tienen información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación. (8.3% mensual)	Al jefe de Microrred e IPRESS: <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. 	Al jefe de Microrred, responsable de Auditoria de las IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el cumplimiento del plan de auditoria 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.	La jefatura y responsable de programas presupuestales de las IPRESS deberán: <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)	A la jefatura de Microrred, e IPRESS, coordinadora de gestión de la calidad, Comité de Auditoría, de la Microrred e IPRESS: <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, I-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.	A la DAIS, Coordinadores de Programas Presupuestales, responsable de Servicios de salud monitorizar la situación actual de: <ul style="list-style-type: none"> • Señalización y mecanismos de información para la atención en las IPRESS. • Cartera de servicios de consulta externa. Al Jefatura de Microrred, IPRESS: <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 numero 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, comunidad, municipios, instituciones educativas.
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"> o Establecer indicadores de monitoreo y evaluación de las actividades de atención extramural.
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.		



AEX 4-1 4-2	El establecimiento de salud tiene algunos agentes comunitarios debidamente registrados, en otras IPRESS no	La jefatura de PROMSA de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> – Implementación de un sistema de gestión integral de los agentes comunitarios de salud, que contemple: (registro completo y actualizado de los ACS en plataforma virtual, identificación oficial mediante resolución y reconocimiento formal, capacitación continua para garantizar el cumplimiento de estándares de efectividad de las acciones extramurales.
----------------	--	--

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: <ul style="list-style-type: none"> – 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.	<ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – Dar cumplimiento al plan de auditoría 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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 tópicos de emergencias: <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Las atenciones, procedimientos y diagnósticos deberán registrados diariamente en el registro diario de emergencias
EMG 3-2	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica.	
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 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.	<p>A la responsable de Laboratorio de la RSCCE y Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementar estándares de tiempos de entrega de los resultados de exámenes.
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.	<ul style="list-style-type: none"> Registrar a diario: <ul style="list-style-type: none"> *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.	<p>A la responsable de Laboratorio de la RSCCE y Microrredes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.	<p>Al responsable de Servicios de Salud de la RSCCE y responsables de Admisión de las IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Socializar normativa vigente de Admisión. <p>Al responsable de Admisión de las IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.	<p>Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.	<p>Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> • Considerar en el Plan de desarrollo personal 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 informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural.	Jefatura de la IPRESS y responsable de admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Implementar mecanismo para entrega de citas para atención en IPRESS con enfoque intercultural. Plazo 90 días. • Implementar el paquete de información del proceso de atención al usuario. (cartera de servicios, flujograma de atención, proceso de referencias, procedimiento de atención SIS, directorio telefónico de instituciones)
ADA 2-2	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar libro de ocurrencias para recojo de necesidades de atención en el servicio de Admisión.
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 • implementación de registro de usuarios no atendidos en el establecimiento de salud.
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 contrarreferencias		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
RCR 1-2, 1-3, 1-4	El establecimiento de salud establece coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extramuros 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 través de vía celular i/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.	<p>A la jefatura de IPRESS, responsable de referencias contrarreferencias, y de transportes:</p> <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.	<p>A la jefatura, responsable de referencia contrarreferencia: de IPRESS:</p> <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.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar el nivel esperado de capacidad resolutive menor del 5%
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 la relación porcentual entre referencias y contrarreferencias, y tomar acciones si el caso es
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. • Fortalecer al agente comunitario en salud en el procedimiento de referencia comunal.

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>Al responsable SISMED de la U.E.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento oficial de autorización de compra de medicamentos. • Reporte de logística de la compra de medicamentos • Cuadro de necesidades de medicamentos según SIGA Patrimonio



GMD 1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento.	Al responsable SISMED de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Implementar manual de buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos aprobado con R.D. Al jefe de IPRESS <ul style="list-style-type: none"> • Dar cumplimiento a la normativa vigente
GMD 1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.	Al jefe de IPRESS y responsable SISMED de la IPRESS (solo categoría I-4): <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar autorización de funcionamiento de farmacia – Yauri, Yanaoca, El Descanso, Combapata. • Implementar 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	Al responsable SISMED de la IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Implementar Instrumentos de Auditoría de Buenas Prácticas de Prescripción, dispensación, errores de dispensación y errores de prescripción aprobado con R.D. A la Jefatura y responsable de farmacia de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar instrumentos de Auditoría de las Normas de: prescripción, dispensación, errores de dispensación y prescripción de medicamentos. • A la Jefatura y responsable de farmacia de IPRESS: • 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 evalúa parcialmente 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%.	A la Jefatura y responsable de farmacia de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar y contar con evidencia documentaria de la evaluación del: <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 3-2	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas.	
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 en relación con los medicamentos.	El jefe de recursos humanos y de farmacia de la IPRESS: <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 1-2	La IPRESS identifica parcialmente las necesidades de información de todos los procesos asistenciales	<p>A la jefatura de la Unidad de Estadística, Unidad de Seguros, SISMED:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar la realización de diagnóstico de la situación actual de los equipos de cómputo, internet y otros necesarios para el óptimo funcionamiento del sistema de información. <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. Realizar informe al nivel superior las necesidades de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema
GIN 1-3	IPRESS cuenta con un sistema de acopio manual de información el cual es conocido por el personal.	<p>Al Jefe de Microrred e IPRESS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Generar documento de información del sistema de acopio de la información aprobado mediante documento (memorándum) y socializar al personal de salud Implementar encuesta de conocimiento del sistema de información de la IPRESS. Implementación de la Historia clínica electrónica en establecimiento de categoría 1-3 y 1-4
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	<p>A la Jefatura, responsable de gestión de la información y de estadística o quien haga sus veces de la IPRESS:</p> <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)	<p>El responsable de los sistemas de información de la IPRESS deberá:</p> <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 de la información, con la presencia de más del 80% de personal de la IPRESS. 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.	Dirección de Inteligencia Sanitaria, (epidemiología), DAIS, Saneamiento ambiental: <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Socializar</i> el Manual de Desinfección y Esterilización, al personal de salud de las IPRESS
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.	Al jefe de Micro Red e IPRES: <ul style="list-style-type: none"> • Conformar equipo de Rondas de Seguridad • <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.	A la jefatura de Microrred, e IPRESS y responsable de programas presupuestales: <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar y lograr que más del 90% del personal se encuentre protegido al manipular equipos y material usado.
DLDE 2-3	Se empaqa y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el personal de salud de la IPRESS en el manual de desinfección y esterilización hospitalaria



DLDE 2-4	El establecimiento no aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder a la aplicación de controles fisicoquímicos 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar libro de registro manual de control de daños y pérdidas de materiales y equipos.
DLDE 2-6	No se establece un sistema de control de daños, pérdidas de: <ul style="list-style-type: none"> - Deterioros incensarios de enseres de cama y ropa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
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.	<ul style="list-style-type: none"> ○ El jefe de la IPRESS, responsable de recursos humanos, Saneamiento ambiental y personal de limpieza: <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.	Al jefe, responsable de Seguros, de admisión, PAUS, de la IPRESS <ul style="list-style-type: none"> Realizar análisis mensual del comportamiento de la información y situación del sistema de acreditación del asegurado, si hubo casos de indigentes, como se soluciono situaciones ocurridas con el usuario acerca de su aseguramiento o no.
MRS 1-2	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica.	

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.	La Jefatura de la Unidad de Logística de la RSCCE: <ul style="list-style-type: none"> Implementar directiva para contratación de bienes y servicios de montos inferiores o iguales a 8 UIT. Implementar flujograma de líneas de acción para planificar y viabilizar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a la normativa vigente.
GIM 1-2	El establecimiento de salud cuenta con cuadro anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos.	Jefatura de la unidad de Logística: <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer al personal de salud (jefe de IPRESS y responsable de patrimonio), en interpretación del cuadro de necesidades por IPRESS.
ESTANDAR GIM 2: Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
GIM 2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación.	A la Dirección DAIS, responsables de programas presupuestales, servicios de IPRESS: <ul style="list-style-type: none"> Socializar el cuadro de necesidades de necesidades de bienes estratégicos a los responsables de patrimonio y jefe de IPRESS de la RSCCE. Al jefe de IPRESS y responsable de patrimonio y de los servicios: <ul style="list-style-type: none"> contar con pecosas de bienes recibidos en el presente año y realizar análisis de lo requerido y lo solicitado
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 las normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.		
CRITERIO	SUSTENTO DE PUNTAJE	RECOMENDACIONES
EIF 1-1	La IPRESS no cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan de trabajo.	Al director ejecutivo, Planificación, jefe de la Unidad de Patrimonio de la U.E.401 SCCE.: <ul style="list-style-type: none"> • Socializar a las 52 IPRESS el Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y de los equipos biomédicos de la RSCCE, previamente aprobado y considerado en el presupuesto del año fiscal en curso. • Garantizar la presencia de un profesional: <ul style="list-style-type: none"> – Abogado (evaluar la situación de saneamiento legal de la infraestructura de las IPRESS – liquidación de obra) – Ingeniero biomédico (evaluación de la situación de los equipos biomédicos) – Ingeniero civil i/o Arquitecto. (evaluación de la situación de infraestructura de las IPRESS)
EIF 1-2	La IPRESS no cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan de trabajo.	
EIF 1-3	No se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con GERESA la presencia de un personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y elaboración de proyectos.
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.	A la dirección ejecutiva y la jefatura de Patrimonio de la U.E. 401 SCCE., <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de dashboard con información de infraestructura (situación legal de IPRESS – liquidación de obra) y la disponibilidad de equipos biomédicos. • Actualización y sinceramiento de la información del inventario de los establecimientos de salud.
EIF 2-2	Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.	



ANEXO 02: RESULTADOS SEMAFORIZADOS DE AUTOEVALUACION

PRIMER NIVEL DE ATENCION

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

51 IPRESS

2025



MICRO RED YAURI 2025



Establecimiento: 00002410-YAURI
Tipo de Establecimiento: I-4
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	13,15	32,35	152,02	71,67	47,15
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30,48	6,28	20,59			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35,56	22,12	62,20			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35,56	28,00	78,75			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10,16	3,05	30,00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25,40	11,23	44,23			
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35,56	15,73	44,23	173,74	97,51	56,12
Atención extramural	10	7	3	0	10	35,56	16,41	46,15			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35,56	19,62	55,17			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35,56	28,07	78,95			
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	9,81	77,27	108,59	57,57	53,02
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12,70	8,89	70,00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12,70	7,62	60,00			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12,70	5,84	46,00			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12,70	6,35	50,00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12,70	2,12	16,67			
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	3,91	30,77	434,35	226,75	
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12,70	3,36	26,47			
Total	254	115	113	26	254	434,34	224,26		Puntaje Final (%)	52	



Establecimiento: 00002416-PALLPATA
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	11	6	4	1	11	31,36	13,84	44,12	107,70	43,81	40,68
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	8,40	35,71			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27,44	11,71	42,68			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27,44	12,58	45,83			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	1,44	18,42			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	7,84	40,00	123,09	64,99	52,80
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	8,00	29,17			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27,44	22,60	82,35			
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	76,93	37,06	48,17
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	3,87	39,47			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	8,87	90,48	76,93	37,06	48,17
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	2,23	22,73			
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	1,09	11,11	76,93	37,06	48,17
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	2,80	28,57			
Total	196	95	83	18	196	307,72	141,76		307,72	145,86	
									Puntaje Final (%)	47	



Establecimiento: 00002412-COPORAQUE
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	12,91	41,18	107,70	54,92	50,99
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	10,92	46,43			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27,44	17,74	64,63			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27,44	16,39	59,72			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	3,51	44,74			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	8,49	43,33	123,09	36,73	29,84
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	12,01	43,75			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27,44	4,84	17,65			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27,44	7,72	28,13			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	76,93	29,73	38,65
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	4,90	50,00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	4,90	50,00			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	3,87	39,47			
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	1,15	11,76			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9,80	1,34	13,64			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9,80	7,35	75,00			
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	2,18	22,22			
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	1,40	14,29			
Total	196	95	83	18	196	307,72	128,61		307,72	121,38	
									Puntaje Final (%)	39	



Establecimiento: 00002414-HUAYHUAHUASI
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	10,56	50,00	70,22	33,52	47,74	
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	6,49	35,14				
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	3,60	27,27				
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	13,86	75,00	80,26	39,74	49,51	
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	13,59	73,53				
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	24,67	49,18	
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	6,05	91,67				
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	3,30	50,00				
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	3,60	54,55				
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	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	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	97,52		200,64	97,93		
									Puntaje Final (%)	49		



Establecimiento: 00002415-OCCORURO
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	4,06	19,23	70,22	18,00	25,63
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	1,50	8,11			
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	0,24	4,55			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	0,60	4,55	80,26	9,14	11,39
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	3,59	19,44			
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	0,00	0,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	11,34	22,61
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	4	2	2	0	4	6,60	3,30	50,00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	1,55	23,53			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	3,60	54,55	50,16	11,34	22,61
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	0,00	0,00			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6,60	1,98	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	6,60	0,00	0,00	50,16	11,34	22,61
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	0,00	0,00			
Total	132	63	54	15	132	200,64	41,93		200,64	38,48	
									Puntaje Final (%)	19	



Establecimiento: 00034450-PICHIGUA ESPINAR
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	8,94	42,31	70,22	29,49	42,00
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	3,96	25,00			
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	9,61	52,00			
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	2,40	18,18	80,26	46,38	57,79
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	9,75	52,78			
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	27,68	55,18
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	6,05	91,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	4,46	67,65			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	3,90	59,09	50,16	27,68	55,18
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	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	4,40	66,67	50,16	27,68	55,18
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	99,97		200,64	103,55	
									Puntaje Final (%)	52	



Establecimiento: 00002419-SUYKUTAMBO
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	14,62	69,23	70,22	42,27	60,20
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	13,74	74,32			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	11,09	60,00			
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	6,60	50,00	80,26	42,14	52,50
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	13,35	72,22			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	15,76	85,29			
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	50,16	33,29	66,37
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	3,88	58,82			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,80	72,73	50,16	33,29	66,37
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	6,13	92,86			
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	0,73	11,11	50,16	33,29	66,37
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	119,78		200,64	117,70	
									Puntaje Final (%)	59	



Establecimiento: 00002420-ACCOCUNCA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	5,69	26,92	70,22	27,18	38,71
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	11,49	62,16			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	10,72	58,00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5,28	0,24	4,55			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	4,80	36,36	80,26	7,52	9,37
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	4,11	22,22			
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	0,00	0,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	19,17	38,22
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	3,49	52,94			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	3,60	54,55	50,16	19,17	38,22
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6,60	0,00	0,00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6,60	0,47	7,14			
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	200,64	53,87	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	3,30	50,00			
Total	132	63	54	15	132	200,64	61,13		200,64	53,87	
									Puntaje Final (%)	27	



Establecimiento: 00002413-URINSAYA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	8,12	38,46	70,22	27,21	38,75
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	11,24	60,81			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	8,13	44,00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5,28	0,72	13,64			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	4,20	31,82	80,26	13,07	16,28
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	3,59	19,44			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	5,44	29,41			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18,48	0,00	0,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	16,16	32,22
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	3,85	58,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,72	41,18			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,80	72,73	200,64	56,44	
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6,60	0,00	0,00			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6,60	0,00	0,00			
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	0,37	5,56	200,64	56,44	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	0,00	0,00			
Total	132	63	54	15	132	200,64	61,85		200,64	56,44	
									Puntaje Final (%)	28	



Establecimiento:
Tipo de Establecimiento:
Fase:
Año:
Periodo:

00030366-MENTAL COMUNITARIO
 ESPINAR MUSUQ KAWSAY
 I-2
 Autoevaluación
 2025
 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	17,87	84,62	70,22	57,49	81,87
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	17,23	93,24			
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	2,64	50,00			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	13,20	100,00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	7,19	38,89	80,26	21,42	26,69
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	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	38,42	76,59
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	6,60	100,00			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	4,27	64,71			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	6,00	90,91			
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	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	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	130,89		200,64	117,33	
									Puntaje Final (%)	58	



Establecimiento: 00006745-TINTAYA MARQUIRI
Tipo de Establecimiento: I-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	5	3	2	0	5	18,08	18,08	100,00	60,12	46,22	76,88
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13,56	10,65	78,57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15,82	9,19	58,11			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15,82	11,69	73,91			
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	7,91	70,00	68,70	53,43	77,77
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	10,55	66,67			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15,82	10,55	66,67			
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	27,43	63,88
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	4,24	75,00			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5,65	3,23	57,14	171,76	127,08	
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	5,65	100,00			
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	1,26	22,22	126,60	74	
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	2,83	50,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	126,60		171,76	127,08	
									Puntaje Final (%)	74	



Establecimiento: 00002411-CONDOROMA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	3,25	15,38	70,22	25,48	36,29
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	9,24	50,00			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	9,24	50,00			
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	6,00	45,45	80,26	18,32	22,83
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	6,67	36,11			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	5,98	32,35			
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	19,39	38,66
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	3,88	58,82			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,80	72,73	50,16	19,39	38,66
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6,60	2,10	31,82			
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	1,98	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	6,60	0,73	11,11	50,16	19,39	38,66
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	66,59		200,64	63,19	
									Puntaje Final (%)	31	



Establecimiento: 00002418-SAN MIGUEL
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	7,31	34,62	70,22	23,76	33,84
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	3,96	25,00			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18,48	4,50	24,32			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	14,41	78,00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5,28	0,48	9,09			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	0,60	4,55	80,26	47,04	58,61
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	11,29	61,11			
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	28,60	57,02
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	6,05	91,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	4,46	67,65			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,80	72,73			
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	2,83	42,86			
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	2,20	33,33			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	93,85		200,64	99,40	
									Puntaje Final (%)	50	



MICRO RED TECHO OBRERO 2025



Establecimiento: 00002380-TECHO OBRERO
Tipo de Establecimiento: I-4
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	22,71	55,88	152,02	106,69	70,18
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30,48	19,72	64,71			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35,56	28,62	80,49			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35,56	33,34	93,75			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10,16	4,27	42,00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25,40	16,12	63,46			
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35,56	26,67	75,00	173,74	118,45	68,18
Atención extramural	10	7	3	0	10	35,56	27,35	76,92			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35,56	23,30	65,52			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35,56	19,65	55,26			
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	11,55	90,91	108,59	71,87	66,18
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12,70	7,37	58,00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12,70	7,94	62,50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12,70	10,67	84,00			
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	7,76	61,11			
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	6,84	53,85			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12,70	6,72	52,94			
Total	254	115	113	26	254	434,34	297,40		434,35	297,01	
									Puntaje Final (%)	68	



Establecimiento: 00002371-LAYO
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	11	6	4	1	11	31,36	14,76	47,06	107,70	55,60	51,62
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	8,40	35,71			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27,44	17,74	64,63			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27,44	20,20	73,61			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	1,24	15,79			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	8,49	43,33	123,09	65,47	53,19
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	13,72	50,00			
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	17,15	62,50			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	76,93	37,73	49,04
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	2,23	22,73			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	7,35	75,00			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	5,67	57,89			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	8,40	85,71			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9,80	6,63	67,65			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9,80	7,57	77,27			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9,80	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	9,80	4,36	44,44	307,72	158,80	
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	1,05	10,71			
Total	196	95	83	18	196	307,72	157,86		307,72	158,80	
									Puntaje Final (%)	52	



Establecimiento: 00002388-MARANGANI
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	11	6	4	1	11	31,36	16,60	52,94	107,70	53,28	49,47
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	10,92	46,43			
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	18,67	68,06			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	5,98	76,32			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	1,31	6,67	123,09	84,12	68,34
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	17,72	64,58			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27,44	14,53	52,94			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27,44	24,01	87,50			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	76,93	43,43	56,45
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	4,01	40,91			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	8,17	83,33			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	6,45	65,79			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	8,63	88,10	76,93	43,43	56,45
Gestión de la información	10	3	7	0	10	9,80	7,21	73,53			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	7	4	2	1	7	9,80	7,57	77,27			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9,80	3,68	37,50			
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	1,63	16,67	307,72	180,83	
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	2,45	25,00			
Total	196	95	83	18	196	307,72	173,93		307,72	180,83	
									Puntaje Final (%)	59	



Establecimiento: 00002369-LANGUI
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	45,67	65,04
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	13,74	74,32			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	15,89	86,00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5,28	3,84	72,73			
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	16,94	91,67	80,26	69,38	86,44
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	37,64	75,04
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	6,05	91,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	5,44	82,35			
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	4,80	72,73			
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	3,67	55,56			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	147,64		200,64	152,69	
									Puntaje Final (%)	76	



Establecimiento:
Tipo de Establecimiento:
Fase:
Año:
Periodo:

00002391-OCCOBAMBA
 MARANGANI
 I-2
 Autoevaluación
 2025
 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	10,56	50,00	70,22	30,59	43,56
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	2,50	13,51			
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	2,16	40,91			
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	4,11	22,22	80,26	38,21	47,61
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	29,77	59,35
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	4,40	66,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,72	41,18			
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	4,80	72,73			
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	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	1,47	22,22			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	3,30	50,00			
Total	132	63	54	15	132	200,64	97,98		200,64	98,57	
									Puntaje Final (%)	49	



Establecimiento: 00002390-CCUYO
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
Periodo: 1

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

Establecimiento: 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	12,18	57,69	70,22	37,68	53,66
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	5,66	35,71			
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	1,44	27,27			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	6,00	45,45	80,26	43,41	54,09
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	7,70	41,67			
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	26,70	53,23
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,72	41,18			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,20	63,64	50,16	26,70	53,23
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6,60	0,60	9,09			
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	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	1,10	16,67	50,16	26,70	53,23
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	107,67		200,64	107,79	
									Puntaje Final (%)	54	



Establecimiento: 00002389-CHECTUYOC
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	13,00	61,54	70,22	39,75	56,61
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	5,66	35,71			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18,48	12,99	70,27			
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	1,68	31,82			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	9,00	68,18	80,26	28,55	35,57
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	6,67	36,11			
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	9,24	50,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	19,70	39,27
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	1,75	26,47			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	2,10	31,82	200,64	88,00	
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	1,89	28,57			
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	200,64	88,00	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	92,75		200,64	88,00	
									Puntaje Final (%)	44	



Establecimiento: 00002379-HERCCA
Tipo de Establecimiento: I-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
Periodo: 1

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

Establecimiento:	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				
								Total	Total	%	Total
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	%	
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18,08	7,75	42,86	60,12	39,02	64,90
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13,56	8,72	64,29			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	15,82	10,69	67,57			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15,82	14,79	93,48			
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	7,35	65,00			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	13,18	83,33	68,70	53,43	77,77
Atención extramural	12	9	3	0	12	15,82	15,82	100,00			
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	31,91	74,31
Admisión y alta	2	1	1	0	2	5,65	5,65	100,00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5,65	4,24	75,00			
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	5,09	90,00			
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	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	0,94	16,67			
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	2,83	50,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	121,85		171,76	124,36	
									Puntaje Final (%)	72	



Establecimiento: 00002370-CONDEVILUYO
Tipo de Establecimiento: I-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
Periodo: 1

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

Establecimiento:	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 Criterios eval	Total	Total	%
Direccionamiento	5	3	2	0	5	18,08	10,33	57,14	60,12	36,79	61,19
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	13,56	5,81	42,86			
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	12,72	80,43			
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	5,09	45,00	68,70	63,36	92,23
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	13,18	83,33			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15,82	14,77	93,33			
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	24,80	57,76
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	5,65	100,00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5,65	3,77	66,67			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5,65	4,04	71,43	42,94	24,80	57,76
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	1,13	20,00			
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	2,20	38,89	42,94	24,80	57,76
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	1,41	25,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	118,27		171,76	124,95	
									Puntaje Final (%)	73	



MICRO RED YANAOCA 2025



Establecimiento: 00002364-YANAOCA
Tipo de Establecimiento: I-4
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
Período: 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	22,71	55,88	152,02	94,21	61,97
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30,48	9,86	32,35			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35,56	26,89	75,61			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35,56	30,23	85,00			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10,16	4,88	48,00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25,40	15,63	61,54			
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35,56	26,67	75,00	173,74	113,48	65,32
Atención extramural	10	7	3	0	10	35,56	23,25	65,38			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35,56	21,46	60,34			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35,56	21,52	60,53			
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	10,39	81,82	108,59	60,45	55,67
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12,70	10,16	80,00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12,70	3,49	27,50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12,70	9,65	76,00			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12,70	8,96	70,59			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12,70	9,88	77,78			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12,70	6,93	54,55			
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	3,42	26,92			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12,70	0,75	5,88			
Total	254	115	113	26	254	434,34	266,73		434,35	268,14	
									Puntaje Final (%)	62	



Establecimiento: 00018241-HAMPATURA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	17,87	84,62	70,22	51,72	73,65
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	14,98	81,08			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	16,26	88,00			
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	5,40	40,91	80,26	64,04	79,79
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	14,89	80,56			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	10,87	58,82			
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	41,06	81,86
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	6,60	100,00			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	6,60	100,00	50,16	41,06	81,86
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	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	2,93	44,44	50,16	41,06	81,86
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	155,52		200,64	156,82	
									Puntaje Final (%)	78	



Establecimiento: 00002365-PONGOÑA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	16,25	76,92	70,22	43,58	62,06
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	13,98	75,68			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	16,26	88,00			
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	2,40	18,18	80,26	49,83	62,09
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	15,40	83,33			
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	9,24	50,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	31,35	62,50
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	3,11	47,06			
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	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	200,64	124,76	62
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	124,77		Puntaje Final (%)	62	



Establecimiento: 00002372-PAMPAMARCA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	19,50	92,31	70,22	55,32	78,78
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	14,98	81,08			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	17,74	96,00			
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	7,20	54,55	80,26	61,73	76,91
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	14,37	77,78			
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	50,16	36,63	73,03
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,33	35,29			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	6,00	90,91	50,16	36,63	73,03
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	6,60	100,00			
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	2,93	44,44	50,16	36,63	73,03
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	153,99		200,64	153,68	
									Puntaje Final (%)	77	



Establecimiento: 00002373-QUEHUE
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	19,50	92,31	70,22	50,95	72,56
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	14,98	81,08			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	15,52	84,00			
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	4,80	36,36	80,26	68,63	85,51
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	16,43	88,89			
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	50,16	37,56	74,88
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	3,30	50,00			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	6,00	90,91	50,16	37,56	74,88
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	6,60	100,00			
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	2,93	44,44	50,16	37,56	74,88
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	153,98		200,64	157,14	
									Puntaje Final (%)	78	



Establecimiento: 00002374-HUINCHIRI
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	16,25	76,92	70,22	49,84	70,98
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	11,31	71,43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18,48	13,74	74,32			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	15,52	84,00			
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	5,40	40,91	80,26	67,15	83,67
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	15,40	83,33			
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	50,16	40,77	81,28
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	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	6,60	100,00	50,16	40,77	81,28
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	6,60	100,00			
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	2,20	33,33	50,16	40,77	81,28
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	154,87		200,64	157,76	
									Puntaje Final (%)	79	



Establecimiento: 00002376-TUNGASUCA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	16,25	76,92	70,22	51,86	73,85
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	15,23	82,43			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	16,26	88,00			
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	7,20	54,55	80,26	63,08	78,59
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	16,94	91,67			
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	50,16	34,29	68,36
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	5,05	76,47			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	6,00	90,91	50,16	34,29	68,36
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	5,66	85,71			
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	2,93	44,44	50,16	34,29	68,36
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	147,92		200,64	149,23	
									Puntaje Final (%)	74	



Establecimiento: 00032339-CCOCHAPATA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	39,33	56,01
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	13,98	75,68			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	11,09	60,00			
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	2,40	18,18	80,26	63,04	78,54
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	17,45	94,44			
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	50,16	29,50	58,81
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,33	35,29			
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	4,71	71,43			
Manejo del riesgo social	2	0	1	1	2	6,60	1,98	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	6,60	2,93	44,44	200,64	131,87	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	126,36		200,64	131,87	
									Puntaje Final (%)	66	



Establecimiento: 00002375-SURIMANA
Tipo de Establecimiento: I-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	5	3	2	0	5	18,08	15,50	85,71	60,12	46,15	76,76
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	13,25	83,78			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15,82	15,13	95,65			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4,52	2,88	63,64			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11,30	6,22	55,00	68,70	54,71	79,64
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	14,06	88,89			
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	15,82	100,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	42,94	32,97	76,78
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	5,65	100,00			
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	171,76	133,83	78
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	3,39	60,00			
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	2,51	44,44	171,76	133,83	78
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	5,65	100,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	133,22		171,76	133,83	
									Puntaje Final (%)	78	



Establecimiento: 00002377-TOCCOCCORI
Tipo de Establecimiento: I-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	5	3	2	0	5	18,08	7,75	42,86	60,12	36,35	60,46
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	13,68	86,49			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15,82	12,38	78,26			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4,52	2,88	63,64			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11,30	3,39	30,00	68,70	55,21	80,36
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	12,30	77,78			
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	35,57	82,84
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	5,65	100,00			
Referencia y contrarreferencia	8	6	0	2	8	5,65	3,53	62,50			
Gestión de medicamentos	4	1	3	0	4	5,65	4,84	85,71	42,94	35,57	82,84
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	5,65	100,00			
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	2,51	44,44	42,94	35,57	82,84
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	5,65	100,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	123,41		171,76	127,13	
									Puntaje Final (%)	74	



Establecimiento: 00034449-CHAUIBANDA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	16,25	76,92	70,22	48,90	69,64
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	15,23	82,43			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	15,52	84,00			
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	7,20	54,55	80,26	66,36	82,68
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	15,40	83,33			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	11,96	64,71			
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	33,05	65,89
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,33	35,29			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	5,40	81,82	50,16	33,05	65,89
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	2,83	42,86			
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	2,93	44,44	50,16	33,05	65,89
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	144,98		200,64	148,31	
									Puntaje Final (%)	74	



MICRO RED PAMPAPHALLA 2025



Establecimiento: 00035845-PAMPAPHALLA
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	11	6	4	1	11	31,36	16,60	52,94	107,70	62,64	58,16
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	11,76	50,00			
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	19,44	70,83			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	4,13	52,63			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	9,80	50,00	123,09	86,46	70,24
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	14,29	52,08			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27,44	16,95	61,76			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27,44	26,58	96,88			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	76,93	52,00	67,59
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			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	6,53	66,67			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	4,90	50,00			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	7,70	78,57	76,93	52,00	67,59
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	2,23	22,73			
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	2,72	27,78	76,93	52,00	67,59
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	7,00	71,43			
Total	196	95	83	18	196	307,72	197,24		307,72	201,10	
									Puntaje Final (%)	65	



Establecimiento: 00002383-LA FLORIDA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	7,31	34,62	70,22	30,01	42,74
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	7,74	41,89			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	10,72	58,00			
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	5,40	40,91	80,26	42,53	52,99
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	8,73	47,22			
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	9,24	50,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	27,74	55,30
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,91	44,12			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,20	63,64	50,16	27,74	55,30
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	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	2,20	33,33	50,16	27,74	55,30
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	1,10	16,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	98,06		200,64	100,28	
									Puntaje Final (%)	50	



Establecimiento: 00002381-QUEHUAR
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	8,12	38,46	70,22	42,84	61,01
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	13,98	75,68			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	14,41	78,00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5,28	1,44	27,27			
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	9,24	50,00	80,26	39,34	49,02
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	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	27,27	54,37
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	2,40	36,36			
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	3,30	50,00			
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	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	112,26		200,64	109,45	
									Puntaje Final (%)	55	



Establecimiento: 00002394-SAN PABLO CANCHIS
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	10,56	50,00	70,22	36,43	51,88
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	11,31	71,43			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18,48	10,24	55,41			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	8,50	46,00			
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	3,00	22,73	80,26	59,15	73,70
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	7,70	41,67			
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	50,16	26,59	53,01
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	3,30	50,00			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	4,20	63,64	50,16	26,59	53,01
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	5,66	85,71			
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	0,73	11,11	50,16	26,59	53,01
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	3,30	50,00			
Total	132	63	54	15	132	200,64	116,78		200,64	122,17	
									Puntaje Final (%)	61	



Establecimiento: 00002396-SAN PEDRO CANCHIS
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
Periodo: 1

MACROPROCESO										CATEGORIAS	
Establecimiento:	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	Establecimiento:			
								Macroprocesos	Criterios eval	Total	Total
Direccionamiento	9	5	4	0	9	21,12	13,00	61,54	70,22	38,24	54,46
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	7,74	41,89			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	10,72	58,00			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	5,28	3,84	72,73			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	5,40	40,91	80,26	34,01	42,37
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	7,19	38,89			
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	0,00	0,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	31,56	62,92
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,91	44,12			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	5,40	81,82	50,16	31,56	62,92
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6,60	6,00	90,91			
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	3,30	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	1,47	22,22	50,16	31,56	62,92
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	4,40	66,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	107,03		200,64	103,81	
									Puntaje Final (%)	52	



Establecimiento: 00002395-SANTA BARBARA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	8,94	42,31	70,22	16,73	23,83
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	5,66	35,71			
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	2,22	12,00			
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	0,00	0,00	80,26	41,92	52,23
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	6,67	36,11			
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	12,94	25,80
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	2,75	41,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	0,39	5,88			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	3,30	50,00	200,64	71,59	
Gestión de la información	7	3	4	0	7	6,60	0,90	13,64			
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	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	0,00	0,00	200,64	71,59	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	1,10	16,67			
Total	132	63	54	15	132	200,64	64,60		200,64	71,59	
									Puntaje Final (%)	36	



Establecimiento:
Tipo de Establecimiento:
Fase:
Año:
Periodo:

00026387-MENTAL COMUNITARIO
 SICUANI
 I-2
 Autoevaluación
 2025
 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	13,81	65,38	70,22	39,77	56,64
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	5,66	35,71			
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	15,52	84,00			
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	4,20	31,82			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	3,59	19,44	80,26	12,28	15,30
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	4,89	26,47			
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			
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	29,73	59,27
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	4,40	66,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	3,11	47,06			
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	4,50	68,18			
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	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	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	92,12		200,64	81,78	
									Puntaje Final (%)	41	



Establecimiento: 00002393-PHINAYA
Tipo de Establecimiento: I-1
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	5	3	2	0	5	18,08	7,75	42,86	60,12	25,92	43,11
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	8,12	51,35			
Manejo del riesgo de atención	13	4	8	1	13	15,82	8,94	56,52			
Gestión de seguridad ante desastres	8	5	3	0	8	4,52	2,67	59,09			
Control de la gestión y prestación	6	3	2	1	6	11,30	2,26	20,00	68,70	34,10	49,64
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	15,82	11,43	72,22			
Atención extramural	12	9	3	0	12	15,82	4,22	26,67			
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	26,93	62,72
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	5,65	100,00			
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	26,93	62,72
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	4,52	80,00			
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	0,94	16,67	42,94	26,93	62,72
Gestión de equipos e infraestructura	2	2	0	0	2	5,65	2,83	50,00			
Total	113	56	43	14	113	171,76	86,00		171,76	86,95	
									Puntaje Final (%)	51	



Establecimiento: 00002382-UZCUPATA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	6,50	30,77	70,22	33,34	47,48
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	10,24	55,41			
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	5,28	100,00			
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	5,65	30,56	80,26	48,30	60,18
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	9,24	50,00			
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	21,52	42,90
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	0,55	8,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	2,14	32,35			
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	4,80	72,73			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	4	2	1	1	4	6,60	0,47	7,14			
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	1,10	16,67	200,64	103,16	
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	99,90		Puntaje Final (%)	51	



MICRO RED COMBAPATA 2025



Establecimiento: 00002386-COMBAPATA CANCHIS
Tipo de Establecimiento: I-4
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	16,73	41,18	152,02	67,43	44,36
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30,48	10,76	35,29			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35,56	22,12	62,20			
Manejo del riesgo de atención	23	7	15	1	23	35,56	12,00	33,75			
Gestión de seguridad ante desastres	19	13	6	0	19	10,16	4,06	40,00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25,40	13,19	51,92	173,74	67,64	38,93
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35,56	20,52	57,69			
Atención extramural	10	7	3	0	10	35,56	1,37	3,85			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35,56	11,04	31,03			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35,56	22,46	63,16			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	108,59	48,95	45,08
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	11,55	90,91			
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12,70	3,81	30,00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12,70	1,59	12,50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12,70	10,41	82,00	108,59	48,95	45,08
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12,70	3,74	29,41			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12,70	5,88	46,30			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12,70	3,46	27,27			
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	5,86	46,15	108,59	48,95	45,08
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12,70	5,23	41,18			
Total	254	115	113	26	254	434,34	185,77		434,35	184,02	
									Puntaje Final (%)	42	



Establecimiento: 00034887-PITUMARCA
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	11	6	4	1	11	31,36	22,14	70,59	107,70	62,84	58,35
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	10,92	46,43			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27,44	13,05	47,56			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27,44	19,82	72,22			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	4,33	55,26			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	9,80	50,00	123,09	103,18	83,82
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	20,58	75,00			
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	27,44	100,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	76,93	37,71	49,02
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	4,01	40,91			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	8,17	83,33			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	6,19	63,16			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	5,37	54,76	307,72	203,73	
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	5,79	59,09			
Manejo del riesgo social	4	1	2	1	4	9,80	7,35	75,00			
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	1,09	11,11	307,72	203,73	
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	2,10	21,43			
Total	196	95	83	18	196	307,72	192,29		307,72	203,73	
									Puntaje Final (%)	66	



Establecimiento: 00002397-TINTA
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	11	6	4	1	11	31,36	21,21	67,65	107,70	70,75	65,69
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	9,24	39,29			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27,44	19,74	71,95			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27,44	24,77	90,28			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	5,36	68,42			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	9,80	50,00	123,09	106,85	86,81
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	23,44	85,42			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27,44	27,44	100,00			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	11	8	1	2	11	27,44	20,58	75,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	76,93	61,90	80,46
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			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	8,98	91,67			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	7,74	78,95			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	9,33	95,24			
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	4,45	45,45			
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	8,71	88,89	307,72	239,50	
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	9,80	100,00			
Total	196	95	83	18	196	307,72	232,56		307,72	239,50	
									Puntaje Final (%)	78	



Establecimiento: 00034929-CHECACUPE
Tipo de Establecimiento: I-3
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
Periodo: 1

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

Establecimiento:	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				
								Total	Total	%	Total
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Direccionamiento	11	6	4	1	11	31,36	30,44	97,06	107,70	74,28	68,97
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	23,52	20,16	85,71			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	27,44	9,37	34,15			
Manejo del riesgo de atención	21	7	13	1	21	27,44	17,15	62,50			
Gestión de seguridad ante desastres	14	9	5	0	14	7,84	2,48	31,58			
Control de la gestión y prestación	9	4	4	1	9	19,60	15,03	76,67	123,09	62,42	50,71
Atención ambulatoria	16	8	8	0	16	27,44	20,01	72,92			
Atención extramural	13	9	4	0	13	27,44	8,88	32,35			
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	76,93	44,16	57,40
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	4,90	50,00			
Admisión y alta	4	2	2	0	4	9,80	6,53	66,67			
Referencia y contrarreferencia	12	8	1	3	12	9,80	9,80	100,00			
Gestión de medicamentos	12	3	9	0	12	9,80	7,93	80,95	307,72	180,86	59
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	8,46	86,36			
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	2,18	22,22	307,72	180,86	59
Gestión de equipos e infraestructura	10	6	4	0	10	9,80	2,10	21,43			
Total	196	95	83	18	196	307,72	187,00		307,72	180,86	
									Puntaje Final (%)	59	



Establecimiento: 00034448-CHIARA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	2,44	11,54	70,22	26,12	37,20
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	6,24	33,78			
Manejo del riesgo de atención	14	4	9	1	14	18,48	14,41	78,00			
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	1,20	9,09			
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	9,75	52,78	80,26	27,50	34,26
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	9,24	50,00			
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	19,09	38,06
Admisión y alta	4	2	2	0	4	6,60	1,10	16,67			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	3,11	47,06			
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	3,60	54,55			
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	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	2,20	33,33			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	73,46		200,64	72,71	
									Puntaje Final (%)	36	



Establecimiento: 00002320-MOSOCLLACTA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	0,81	3,85	70,22	38,21	54,41
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	12,45	78,57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18,48	17,73	95,95			
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	1,92	36,36			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	4,80	36,36	80,26	47,95	59,74
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	9,75	52,78			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	4,89	26,47			
Atención de hospitalización	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00			
Atención de emergencias	1	1	0	0	1	18,48	18,48	100,00			
Atención quirúrgica	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	50,16	22,31	44,48
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	3,30	50,00			
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	1,32	20,00			
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	200,64	108,47	54
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	3,30	50,00			
Total	132	63	54	15	132	200,64	106,88		Puntaje Final (%)	54	



MICRO RED EL DESCANSO 2025



Establecimiento: 00007700-EL DESCANSO
Tipo de Establecimiento: I-4
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	20,32	50,00	152,02	70,27	46,22
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	30,48	8,96	29,41			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	35,56	22,12	62,20			
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	7,72	76,00			
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	25,40	4,40	17,31			
Atención ambulatoria	17	8	9	0	17	35,56	19,83	55,77	173,74	122,50	70,51
Atención extramural	10	7	3	0	10	35,56	25,99	73,08			
Atención de hospitalización	15	4	8	3	15	35,56	24,52	68,97			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	35,56	29,95	84,21			
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	8,66	68,18	108,59	62,28	57,35
Admisión y alta	12	3	5	4	12	12,70	11,18	88,00			
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	12,70	4,76	37,50			
Gestión de medicamentos	14	3	11	0	14	12,70	10,92	86,00			
Gestión de la información	10	3	7	0	10	12,70	4,48	35,29			
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	16	7	7	2	16	12,70	8,47	66,67			
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	12,70	11,55	90,91			
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			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	12,70	2,61	20,59			
Total	254	115	113	26	254	434,34	248,03		434,35	255,05	
								Puntaje Final (%)		59	



Establecimiento: 00002366-CHECCA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	15,43	73,08	70,22	40,46	57,62
Gestión de recursos humanos	9	4	5	0	9	15,84	4,53	28,57			
Gestión de la calidad	18	6	5	7	18	18,48	11,49	62,16			
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	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	6,67	36,11	80,26	23,04	28,71
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	9,24	50,00			
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	25,45	50,74
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	4,80	72,73			
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	5,19	78,57			
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	2,57	38,89			
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	95,94		200,64	88,95	
									Puntaje Final (%)	44	



Establecimiento: 00002367-CHITIBAMBA
Tipo de Establecimiento: I-2
Fase: Autoevaluación
Año: 2025
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	17,06	80,77	70,22	42,18	60,07
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	11,24	60,81			
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	1,68	31,82			
Control de la gestión y prestación	7	4	2	1	7	13,20	6,00	45,45	80,26	67,85	84,54
Atención ambulatoria	11	4	7	0	11	18,48	16,43	88,89			
Atención extramural	13	9	4	0	13	18,48	11,96	64,71			
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	27,67	55,16
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	5,50	83,33			
Referencia y contrarreferencia	10	6	1	3	10	6,60	5,05	76,47			
Gestión de medicamentos	7	3	4	0	7	6,60	3,30	50,00	50,16	27,67	55,16
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	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	2,57	38,89	50,16	27,67	55,16
Gestión de equipos e infraestructura	3	3	0	0	3	6,60	2,20	33,33			
Total	132	63	54	15	132	200,64	131,50		200,64	137,70	
									Puntaje Final (%)	69	



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





Gobierno Regional Cusco



Gerencia Regional de Salud Cusco

Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Resolución Directoral

N° 78 - 2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEIUGYDPH.,

Sicuani, 01 de abril de 2025.

Vistos: El Informe N° 024-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/OGCS, el Informe N° 208-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS, el Memorandum N°000195-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/DE., 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 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, mediante Informe N° 024-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/OGCS, la Coordinadora de Gestión de Calidad en Salud, solicita la emisión de resolución directoral de equipos de acreditación y equipo de evaluadores internos, de acuerdo con la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 04 de junio del 2007, a continuación se detallan los comités de las Micro Redes del ámbito de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar,

Que, a través del Informe N° 208-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS, el Director de la Dirección de Atención Integral de Salud, remite el informe N° 024-2024-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/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 Memorandum N°000195-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/DE, el Director de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir resolución directoral de conformación de

1

Resolución Directoral

N° 78 - 2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 01 de abril de 2025.

los "Equipos de acreditación y equipos de evaluadores internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, para tal efecto se adjunta el documento de la referencia adjunto en folios (05);

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°0160-2025-GR CUSCO/GERESA, de fecha 14 de marzo del 2025, mediante el cual se designa al M.C. Henry Huamán Huilca en el cargo de confianza de Director de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar de la Gerencia Regional de Salud Cusco, en la plaza CAS funcionario, con todas las funciones y responsabilidades inherentes al cargo, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y del Asesor 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:

1. EQUIPO DE ACREDITACION

EQUIPO ACREDITACION MICRO RED YAURI			
U.E.	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
U.E. 401 SCCE	PRESIDENTE	HUAMAN HUILLCA HENRY	MEDICO
U.E. 401 SCCE	LIDER	RAMOS ZANABRIA HAYDEE ANTONIETA	OBSTETRA
U.E. 401 SCCE	INTEGRANTE	ACHAHUI VENTURA RAUL	ENFERMERA/O
U.E. 401 SCCE	INTEGRANTE	SANGA VIZA BEATRIZ	OBSTETRA
U.E. 401 SCCE	INTEGRANTE	TINTA GUTIERREZ YESSICA PRISSILA	ABOGADA
U.E. 401 SCCE	INTEGRANTE	VARGAS PORTILLA CRISTIAN SIXTO	MEDICO
EQUIPO ACREDITACION MICRO RED YAURI			
MICRO RED	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
YAURI	PRESIDENTE	MULLISACA AGUIRRE BRITH VANESSA	OBSTETRA
YAURI	LIDER	CCAPA FERNANDEZ LISBET	ENFERMERA/O
YAURI	INTEGRANTE	CLINDA QUISPE SOTO	ENFERMERA/O
YAURI	INTEGRANTE	YUCRA RAMOS AYDEE	OBSTETRA
YAURI	INTEGRANTE	CCASA PUMA JUAN CARLOS	TEC. EN ENFERMERIA
YAURI	INTEGRANTE	TACO CULINO HENRY EDWIN	MEDICO
EQUIPO ACREDITACION MICRO RED YANAQCA			
MICRO RED	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
YANAQCA	PRESIDENTE	APAZA ALATA ISABEL SOLEDAD	OBSTETRA
YANAQCA	LIDER	PENALVA SAJI YENY	Q FARMACEUTICO
YANAQCA	INTEGRANTE	PEREZ MENDOZA GLADYS MILAGROS	OBSTETRA
YANAQCA	INTEGRANTE	COOSCCO ALFARO ZORAIDA RITA	ENFERMERA/O
YANAQCA	INTEGRANTE	NUÑEZ GUTIERREZ JUAN ALEX	MEDICO
YANAQCA	INTEGRANTE	CAHUI SUANA RUBEN	NUTRICIONISTA
EQUIPO ACREDITACION MICRO RED TECHO OBRERO			
MICRO RED	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
TECHO OBRERO	LIDER	RAMOS DIAZ MARIBEL	OBSTETRA
TECHO OBRERO	INTEGRANTE	VALENCIA ALANOCA DELIA	MEDICO
TECHO OBRERO	INTEGRANTE	QUISPE NOA YESENIA LUCERO	OBSTETRA
TECHO OBRERO	INTEGRANTE	MEZA GARCIA GLADYS COLUMBA	ENFERMERA/O
TECHO OBRERO	INTEGRANTE	MEJIA ANDIA YULAN DOMITILA	ENFERMERA/O
TECHO OBRERO	INTEGRANTE	HUILLCA CAHUANA EFRAIN	TEC. EN ENFERMERIA
TECHO OBRERO	INTEGRANTE	SULLCARANA MAMANI JUSTINA	TEC. EN ENFERMERIA
EQUIPO ACREDITACION MICRO RED PAMPAPHALLA			
MICRO RED	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
PAMPAPHALLA	PRESIDENTE	CACRES CORRALES AGRIPINA	ENFERMERA/O
PAMPAPHALLA	PRESIDENTE	CACRES CORRALES AGRIPINA	ENFERMERA/O
PAMPAPHALLA	SECRETARIO/O	IZQUIERDO VILLASANTE GUILLERMO VICTOR	CIRUJANO DENTISTA
PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	RODRIGUEZ QUINONEZ JOHANA MARITZA	ENFERMERA/O



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Resolución Directoral

N° 78 - 2025-GR.CUSCO/IGRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH,

Sicuani, 01 de abril de 2025.

PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	DCARHUARUPAY TICA CONCEPCION	OBSTETRA
PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	SOTO RAMOS NANCY	NUTRICIONISTA
PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	SLMIRE MAMANI BETSABE DORCAS	MEDICO
EQUIPO ACREDITACIONES MICRO RED COMBAPATA			
MICRO RED	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
COMBAPATA	PRESIDENTE	MENDOZA PACSI CRISTINA	ENFERMERA/O
COMBAPATA	LIDER	MEDINA CAJRO LUZGARCIA MILAGROS	ENFERMERA/O
COMBAPATA	INTEGRANTE	QUISPE SOLORZANO LOURDES	ENFERMERA/O
COMBAPATA	INTEGRANTE	NAVARRO RAMOS RUDDY ELIZABETH	OBSTETRA
COMBAPATA	INTEGRANTE	MIRANDA VILLAVICENCIO WASHINGTON	ASIST. SERV. DE SALUD
EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED EL DESCANSO			
MICRO RED	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
EL DESCANSO	PRESIDENTE	CAHUATA BAEZ YOAN FRIKA	CIRUJANO DENTISTA
EL DESCANSO	SECRETARIO	CGAHUANA QUISPE ELIZABETH LIDIA	ENFERMERA(O)
EL DESCANSO	INTEGRANTE	PEREZ VALVERDE RAJIV	MEDICO
EL DESCANSO	INTEGRANTE	FLOREZ ESQUIVEL SONIA EDY	OBSTETRA
EL DESCANSO	INTEGRANTE	SONOCO CINCE VICTORIA	ENFERMERA/O
EL DESCANSO	INTEGRANTE	JHUALLANCA DME DINA	OBSTETRA
EL DESCANSO	INTEGRANTE	SOTTECCANI CUSI YOLANDA	ENFERMERA/O
EL DESCANSO	PRESIDENTE	CGAHUANA QUISPE ELIZABETH LIDIA	ENFERMERA(O)

2. EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED YAURI				
MICRO RED	IPRESS	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
YAURI	MICRO RED YAURI	PRESIDENTE	MULLISACA AGUIRRE BRITH VANESSA	OBSTETRA
YAURI	MICRO RED YAURI	LIDER	CCAPA FERNANDEZ LISBET	ENFERMERA(O)
YAURI	MICRO RED YAURI	INTEGRANTE	CLINDA QUISPE SOTO	ENFERMERA(O)
YAURI	MICRO RED YAURI	INTEGRANTE	YUCRA RAMOS AYDEE	OBSTETRA
YAURI	MICRO RED YAURI	INTEGRANTE	CCASA PUMA JUAN CARLOS	TEC. EN ENFERMERIA
YAURI	MICRO RED YAURI	INTEGRANTE	TACO C.JUNO HENRY EDWIN	MEDICO
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	ASCUE HUILCA GLADYS	UC. ENFERMERIA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	LOZADA CHILLIGUA VICTOR RAUL	QUIMICO FARMACEUTICO
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	ZELA CHOQUE IRMA	OBSTETRA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	CABALLERO APAZA JULIO CESAR	CIRUJANO DENTISTA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	QUISPE CANO MIRIAM YADIRA	MEDICO
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	VILLEGAS VELASQUEZ YESSENA	UC. ENFERMERIA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	CERPA CRUZ KELLY	C. DENTISTA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	VARGAS PORTILLA CRISTIAN SIXTO	MEDICO
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	QUISPE MAMANI YANELID FRINE	UC. ENFERMERIA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	DELGADO MONTESINOS FRIDA	OBSTETRA
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	BARRA CORNEJO GLADYS	TEC. INFORMATICO
YAURI	RSCCE	INTEGRANTE	VALENCIA LLALLA KATHYA B/MIANA	OBSTETRA
YAURI	CS YAURI	INTEGRANTE	PACHALRE TOLEDO LUZ DELIA	OBSTETRA
YAURI	PS TINTAYA MARQUIRI	INTEGRANTE	APAZA ALVAREZ SUSAN CAROLYNNE	OBSTETRA
YAURI	PS CONDOROMA	INTEGRANTE	ASCOY EGUILAS ALEX JAVIER	ENFERMERA/O
YAURI	PS COPCRAQUE	INTEGRANTE	PAREDES CHACNAMA YIKY	OBSTETRA
YAURI	PS URINSAYA	INTEGRANTE	NINA CURO JESUS ERNESTO	MEDICO
YAURI	PS HUAHUHUASI	INTEGRANTE	KANA SONCO RODRIGO FABIAN	MEDICO
YAURI	PS SUYKUTAMBO	INTEGRANTE	VALENZA CUELLAR MARIA DOLCRES	ENFERMERA/O
YAURI	PS SAN MIGUEL	INTEGRANTE	APAZA BEGAZO MIGUEL ANTONIO	MEDICO
YAURI	PS OCCORURO	INTEGRANTE	FLORES VIDAL JHON JAIRO	MEDICO
YAURI	PS FICHIGUA	INTEGRANTE	CCALLO CONDORI ELY EVELIN	ENFERMERA/O
YAURI	PS ACCOCUNCA	INTEGRANTE	RODRIGUEZ CURILLO JHULIANA	MEDICO
YAURI	PS PALLPATA	INTEGRANTE	MAMANI HUAHUATICO FRANKLIN	MEDICO
YAURI	CSMC MUSUQ KAWSAY	INTEGRANTE	ESPIRILLA FERNANDEZ MILAGROS DALIA	MEDICO
EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED YANAQCA				
MICRO RED	IPRESS	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
YANAQCA	MR YANAQCA	PRESIDENTE	APAZA ALATA ISABEL SOLEDAD	OBSTETRA
YANAQCA	MR YANAQCA	LIDER	PENALVA SAJI YENY	QUIMICO FARMACEUTICO
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	PEREZ MENDOZA GLADYS MILAGROS	OBSTETRA
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	CCOSCO ALFARO ZORAIDA RITA	ENFERMERA/O
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	NUÑEZ GUTIERREZ JUAN ALEX	MEDICO
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	CAHUI SUANA RUBEN	NUTRICIONISTA

Resolución Directoral

Nº 78 - 2025-GR.CUSCO/IGRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicunani, 01 de abril de 2025.

YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	EDWARD FERNANDO CAMINO CARRASCO	MEDICO
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	MISHELL LUCERO CASTRO TICONA	LIC. ENFERMERIA
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	LUCRECIA CADERES LIMACHI	LIC. ENFERMERIA
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	GREYSI CARLOS ESTRADA	OBSTETRA
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	GLADYS MARTHA LOAZA AYALA	LIC. ENFERMERIA
YANAQCA	MR YANAQCA	INTEGRANTE	LIZ GABRIELA BEDREGAL ROSADO	LIC. ENFERMERIA
YANAQCA	CS YANAQCA	PRESIDENTE	PEÑALVA SAI YENY	QUIMICO FARMACEUTICO
YANAQCA	PS COCHAPATA	PRESIDENTE	CABALLERO DIAZ BERMAN	ENFERMERA/O
YANAQCA	PS TOCCOCORI	PRESIDENTE	FARFAN FLORES ANA MARIA	OBSTETRA
YANAQCA	PS TUNGASUJA	PRESIDENTE	QUISPE ATA BRAYAN FRANCISCO	MEDICO
YANAQCA	PS HUINCHIRI	PRESIDENTE	HUAYLLANI MAMANCHOQUE MARILUZ	ENFERMERA/O
YANAQCA	PS QUEHUE	PRESIDENTE	PALOMINO FUENTES FIORELA MILENKA	MEDICO
YANAQCA	PS PAMPAMARCA	PRESIDENTE	ARIAS CONDORI GILBERT ALEXANDER	MEDICO
YANAQCA	PS PONCCNA	PRESIDENTE	MUSAYON BRYSON ESDRAS ISMAEL	MEDICO
YANAQCA	PS HAMPATURA	PRESIDENTE	QUISPE SOTO ROSMERY GERALDINE	MEDICO
YANAQCA	PS SURIMANA	PRESIDENTE	CONDORI CONDORI RUTH YOVANA	ENFERMERA/O
YANAQCA	PS CHAUPIBANDA	PRESIDENTE	COAHUJA CHING ERIKA CHANY	ENFERMERA/O
EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED TECHO OBRERO				
MICRO RED	IPRESS	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	LIJER	RAMOS DIAZ MARIBEL	OBSTETRA
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	INTEGRANTE	VALENCIA ALANOCA DELIA	MEDICO
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	INTEGRANTE	QUISPE NOA YESENIA LUCERO	OBSTETRA
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	INTEGRANTE	MEZA GARCIA GLADYS COLUMBA	ENFERMERA/O
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	INTEGRANTE	MEJIA ANDIA YULAN DOMITILA	ENFERMERA/O
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	INTEGRANTE	HUILICA CAHUANA EFRAIN	TEC. EN ENFERMERIA
TECHO OBRERO	MR TECHO OBRERO	INTEGRANTE	SULLCARANA MAMANI JUSTINA	TEC. EN ENFERMERIA
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	RAMOS SANCHEZ MARTHA ALICIA	LIC. ENFERMERIA
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	RAMOS ZANABRIA HAYDEE ANTONETA	OBSTETRA
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	INFANTAS ALENCASTRE PAUL ERNESTO	PSICOLOGO
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	ATAMARI QUISPE BENNY LEONELA	LIC. ENFERMERIA
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	CONDORI MAMANI JESICA	NUTRICIONISTA
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	VALDEZ CASTILLO BRIZIDA	BIOLOGA
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	ANCORI MAMANI JORGE	TEC. ADMINISTRATIVO
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	BONCCO FERNANDEZ JORGE LUIS	ING. DE SISTEMAS
TECHO OBRERO	RSCCE	INTEGRANTE	MULLISACA PAREDES RONALD	ING. AMBIENTAL
TECHO OBRERO	CS TECHO OBRERO	INTEGRANTE	ZAPANA SUPO BETHZAIDA	NUTRICIONISTA
TECHO OBRERO	CS LAYO	INTEGRANTE	TINCO VASQUEZ MERY	OBSTETRA
TECHO OBRERO	CS MARANGANI	INTEGRANTE	BACA CALDERÓN IDANIA	MEDICO
TECHO OBRERO	PS OCCOBAMBA	INTEGRANTE	MAMANI PALOMINO JANED JULIA	TEC. EN ENFERMERIA
TECHO OBRERO	PS CCUYO	INTEGRANTE	IBÁÑEZ MENDIZABAL GRETHSY NIRVANA	OBSTETRA
TECHO OBRERO	PS CHECTUYOC	INTEGRANTE	YUCRA CALLO RAUL SALOMON	MEDICO
TECHO OBRERO	PS HERCCA	INTEGRANTE	PIMENTEL FRISANCHO HILDA RUTH	OBSTETRA
TECHO OBRERO	PS LANGUI	INTEGRANTE	MAQUJERHUA PEREYRA CRISTIAN	MEDICO
TECHO OBRERO	PS CONDEVILUYO	INTEGRANTE	LUQUE GAMARRA OLIVIA	OBSTETRA
EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED PAMPAPHALLA				
MICRO RED	IPRESS	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
PAMPAPHALLA	MR PAMPAPHALLA	PRESIDENTE	CACERES CORRALES AGR PINA	ENFERMERA/O
PAMPAPHALLA	MR PAMPAPHALLA	SECRETARIO	ZQUIERDO VILLASANTE GUILLERMO VICTOR	CIRUJANO DENTISTA
PAMPAPHALLA	MR PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	RODRIGUEZ QUIÑONEZ JOHANA MARITZA	ENFERMERA/O
PAMPAPHALLA	MR PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	COARHUARUPAY TICA CONCEPCION	OBSTETRA
PAMPAPHALLA	MR PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	SOTO RAMOS NANCY	NUTRICIONISTA
PAMPAPHALLA	MR PAMPAPHALLA	INTEGRANTE	SUMIRE MAMANI BETSABE DORCAS	MEDICO
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	VILCA FERNANDEZ LISBETH MILAGROS	MEDICO
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	GARCIA TURPO CARMEN ROSA	LIC. ENFERMERIA
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	SILVIA OCAMA APAZA	OBSTETRA
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	MAMANI GAMARRA MARITHA ESTHER	LIC. ENFERMERIA
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	SOTO RAMOS AVELINO	CIRUJANO DENTISTA
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	HUALIA VEGA DENNIS	RR. PP.
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	CUBA VILLAVENCIO LEVI ALINA	LIC. ENFERMERIA
PAMPAPHALLA	RSCCE	INTEGRANTE	SANGA VIZA BEATRIZ	OBSTETRA
PAMPAPHALLA	CS PAMPAPHALLA	PRESIDENTE	VILLACA LAURA BRYAN	MEDICO
PAMPAPHALLA	CS MC SICUANI	PRESIDENTE	LOPEZ MACHADA MLUSKA ITHARINA	ENFERMERA/O
PAMPAPHALLA	PS SAN PEDRO	PRESIDENTE	FERNANDEZ GUTIERREZ FELICITAS	ENFERMERA/O
PAMPAPHALLA	PS SANTA BARBARA	PRESIDENTE	ORTIZ VILLEGAS LUZ MARIANA	MEDICO



Resolución Directoral

N° 78 - 2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH.

Sicuani, 01 de abril de 2025.

PAMPAPHALLA	PS SAN PABLO	PRESIDENTE	TICONA CCAHUANTICO EDUAR	MEDICO
PAMPAPHALLA	PS LA FLORIDA	PRESIDENTE	CABALLERO ALVGA YESENIA MARINA	OBSTETRA
PAMPAPHALLA	PS QUEHUAR	PRESIDENTE	CORDOVA PANTOJA JAME PAOLO LUIS	MEDICO
PAMPAPHALLA	PS PHINAYA	PRESIDENTE	WACHACA ZANALLOA YURI MARIO	ENFERMERA(O)
PAMPAPHALLA	PS UZCUPATA	PRESIDENTE	CONDE SIERRA EDUAR	MEDICO
PAMPAPHALLA	HOGAR PROTEGIDO "SR DE PAMPACUCHO"	PRESIDENTE	CHUCHULLO QUISPE GARETH VANEZA	ENFERMERA(O)
EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED COMBAPATA				
MICRO RED	IPRESS	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
COMBAPATA	MICRO RED	PRESIDENTE	MENDOZA PACSI CRISTINA	ENFERMERA(O)
COMBAPATA	MICRO RED	LIDER	MEDINA CAIRO LLIZGARDA MILAGROS	ENFERMERA(O)
COMBAPATA	MICRO RED	INTEGRANTE	QUISPE SOLDRZANO LOURDES	ENFERMERA(O)
COMBAPATA	MICRO RED	INTEGRANTE	NAVARRO RAMOS RUDDY ELIZABETH	OBSTETRA
COMBAPATA	MICRO RED	INTEGRANTE	MIRANDA VILLAVICENCIO WASHINGTON	ASIST. EN SERV.DE SALUD
COMBAPATA	RSCCE	INTEGRANTE	RAMOS SANCHEZ MARTHA ALICIA	LIC. ENFERMERIA
COMBAPATA	RSCCE	INTEGRANTE	RAMOS ZANABRIA HAYDEE ANTONIETA	OBSTETRA
COMBAPATA	RSCCE	INTEGRANTE	INFANTAS ALENCASTRE PAUL ERNESTO	PSICOLOGO
COMBAPATA	RSCCE	INTEGRANTE	ATAMARI QUISPE BENNY LEONELA	LIC. ENFERMERIA
COMBAPATA	RSCCE	INTEGRANTE	CONDORI MAMANI JESICA	NUTRICIONISTA
COMBAPATA	RSCCE	INTEGRANTE	VALDEZ CASTILLO BRZEIDA	BIOLOGA
COMBAPATA	CS COMBAPATA	PRESIDENTE	TICONA CLARTE LIZANDRO EDWIN	ENFERMERA(O)
COMBAPATA	CS PITUMARCA	PRESIDENTE	GOMEZ MAMANI KELLY FLOR DE MARIA	MEDICO
COMBAPATA	CS TINTA	PRESIDENTE	TINTAYA ROJAS WILBERT	CIRUJANO DENTISTA
COMBAPATA	PS CHECACUPE	PRESIDENTE	CONDORI CACERES YANETH YESICA	OBSTETRA
COMBAPATA	PS CHIARA	PRESIDENTE	ROMERO MAMANI DINORA	OBSTETRA
COMBAPATA	PS MOSOGLACTA	PRESIDENTE	RODRIGUEZ CAMINO MARILYN CARMEN	MEDICO
EQUIPO EVALUADORES INTERNOS MICRO RED EL DESCANSO				
MICRO RED	IPRESS	CARGO	NOMBRE COMPLETO	PROFESION
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	PRESIDENTE	CAHUATA BAEZ YOAN FRIKA	CIRUJANO DENTISTA
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	SECRETARIO	CCAJUANA QUISPE ELIZABETH LIDIA	ENFERMERA(O)
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	INTEGRANTE	PEREZ VALVERDE RAJIV	MEDICO
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	INTEGRANTE	FLOREZ ESQUIVEL SONIA EDY	OBSTETRA
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	INTEGRANTE	SANCHEZ CINCHE VICTORIA	ENFERMERA(O)
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	INTEGRANTE	JIHUALLANCA IDME DINA	OBSTETRA
EL DESCANSO	MR EL DESCANSO	INTEGRANTE	SOTTECCANI CUSI YOLANDA	ENFERMERA(O)
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	CAMINO CARRASCO EDWARD FERNANDO	MEDICO
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	CASTRO TICONA MISHELL LUCERO	LIC. ENFERMERIA
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	CACERES LIMACHI LUCRECIA	LIC. ENFERMERIA
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	CARLOS ESTRADA GREYSI	OBSTETRA
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	LOANZA AYALA GLADYS MARTHA	LIC. ENFERMERIA
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	BEDREGAL ROSADO LIZ GABRIELA	LIC. ENFERMERIA
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	DELGADO ARTEAGA PRICILA	CONTADORA
EL DESCANSO	RSCCE	INTEGRANTE	BUSTAMANTE CAHUANA RICHARD EDISON	CONTADOR
EL DESCANSO	MICRO RED	PRESIDENTE	CCAJUANA QUISPE ELIZABETH LIDIA	ENFERMERA(O)
EL DESCANSO	CS EL DESCANSO	PRESIDENTE	CCAJUANA QUISPE ELIZABETH LIDIA	ENFERMERA(O)
EL DESCANSO	PS CHECCA	PRESIDENTE	ZAMBRANO SALAS ANNY CAROL	MEDICO
EL DESCANSO	PS CHITIBAMBA	PRESIDENTE	TUNQUE CHALLO ADITH ZENADA	ENFERMERA(O)

ARTICULO 2.- TRANSCRIBIR, el tenor de la presente resolución a las instancias administrativas y entidades correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

ARTICULO 3.- 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
U.E. 401 RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR


N.C. Henry
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M. 076072

ANEXO 04: RESOLUCION DIRECTORAL PLAN DE AUTOEVALUACION DE MICRORREDES





Resolución Directoral

N° 132 - 2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/JUGYDPH.,

Sicuaní, 29 de abril de 2025.

Vistos: El Informe N° 529-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Memorandum N° 00381-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/DE., 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, el Artículo 74° del decreto supremo N° 005-90PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, establecen las condiciones para la Asignación de Funciones; asimismo de conformidad a lo establecido por Decreto Legislativo N° 1057 que regula el régimen de Contratación Administrativa de Servicios y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, precisan que el personal contratado bajo este régimen puede conformar comisiones temporales

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-W02: "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° 529-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/OGCS/DAIS, el Director de Atención Integral de Salud, remite el Informe N° 040-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/OGCS, de emisión de Resolución Directoral de aprobación del Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar – 2025, para lo cual se adjunta el documento de la referencia;

Que, mediante Memorandum N° 00381-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCE/DE., el Director de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, dispone a quien corresponda emitir Resolución Directoral de aprobación del



Resolución Directoral

N° 132 - 2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCEIUGYDPH.,

Sicuani, 29 de abril de 2025.

"Plan de Autoevaluación para la acreditación de Establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar - 2025, para tal efecto se adjunta el documento de la referencia en folios (126);

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°0180-2025-GR CUSCO/GERESA, de fecha 14 de marzo del 2025, mediante el cual se designa al M.C. Henry Huamán Huilca en el cargo de confianza de Director de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar de la Gerencia Regional de Salud Cusco, en la plaza CAS funcionario, con todas las funciones y responsabilidades inherentes al cargo, y;

Estando al visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y del Asesor 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 del primer nivel de atención de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar -2025", el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución; conforme al siguiente detalle:

- Micro Red Yauri
- Micro Red Yanacocha
- Micro Red Techo Obrero
- Micro Red Pampaphala
- Micro Red Combapata
- Micro Red El Descanso

ARTÍCULO 2.- ENCARGAR, a la Dirección de Atención Integral de Salud; asimismo, a la coordinación de Gestión de calidad en salud, realice la conducción de la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión que se aprueba por el Artículo Primero 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 ARCHIVASE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
M.C. Henry Huamán Huilca
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 070072

ANEXO 05: ACTA DE INICIO, EJECUCION Y DURACION DE LA AUTOEVALUACION DEL EQUIPO DE ACREDITACION DE LA U.E. 401 RSSCCE.



**ACTA DEL EQUIPO DE ACREDITACION DE LA U.E. 401 SCCE – 2025
INICIO Y EJECUCION DE EVALUACION INTERNA PARA ACREDITACION DE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO DEL PRIMER NIVEL
DE ATENCION**

FECHA:	26/06/2025	HORA DE INICIO:	08: 10 am	HORA DE TERMINO:	10 :30 pm.
LUGAR:	Instalaciones de la Dirección Ejecutiva de la U.E. 401 RSCCE.				
RESPONSABLE:	Oficina de Gestión de Calidad en Salud				

I. AGENDA

- Inicio del Proceso de Autoevaluación interna para acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo

II. DESARROLLO DE LA AGENDA

- Encontrándose presentes el equipo de Acreditación de la U.E. 401 SCCE, el director ejecutivo de la U.E. 401 SCCE dio por iniciada la reunión del proceso de evaluación interna para acreditación de establecimientos de salud.
- Acto seguido la responsable de Gestión de la Calidad, expuso los puntos de la agenda mencionando el objetivo de la presente reunión es la 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 a la autoevaluación, presentación del equipo Autoevaluador, aplicación de los instrumentos de autoevaluación, hoja de recomendaciones. Establecer la fecha de la entrega de análisis de los resultados del Informe Técnico para ser presentados a los equipos de Microrred e IPRESS.
- Seguidamente se dio a conocer que la presente actividad es un indicador del convenio de gestión, ficha Nro 46 (fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud), entendiéndose que la autoevaluación es la primera fase del proceso de acreditación de establecimientos de salud, que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factible de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, el cual se medirá a los establecimientos con los estándares establecidos en la normativa vigente
- Posteriormente se pasó a dar a conocer las correspondientes resoluciones directorales de la conformación de los equipos de acreditación y evaluadores internos (R.D. Nro 078-2025-G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPDH)
- Se da a conocer el cronograma del plan de autoevaluación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de salud, el cual fue aprobado con documento correspondiente (R.D. Nro 132-2025-G.R.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPDH)

III. ACUERDOS Y COMPROMISOS

1. El proceso de autoevaluación se dará inicio desde el 01 de julio, se ejecutará en los meses de julio y agosto, el informe se realizará en setiembre, octubre se socializará los resultados, y se elevará el informe técnico final de la Red y Micro Redes de la U.E. 401 RSCCE, en tal sentido culminará el 30 de octubre de presente año 2025. 401SCCE.
2. Los integrantes del equipo de acreditación de la U.E. 401 SCCE, gestionarán las necesidades correspondientes para el cumplimiento de Autoevaluación interna en las 51 IPRESS (material de escritorio, combustible y otros mencionados en el plan de autoevaluación).

Se culmina la reunión siendo las 10:30 horas, firmando los presentes en señal de conformidad.

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





INFORME, N° 0069 -2025-GR-CUSCO/GRSC/UE.401/SCCE/DAIS/DE.

A Dra. Elbia Lisbeth Yépez Chacón.
Gerente Regional de Salud Cusco

ASUNTO : Inicio del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación de IPRESS de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar 2025.

ATENCION : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria – GERESA Cusco.

REFERENCIA : Informe N° 1247 - 2025-GR CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DAIS

FECHA : Sicuani 20 de junio del 2025

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 de Trabajo, Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud, aprobada mediante RD N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., y 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, cuya finalidad es establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejora continua de la calidad de la 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 del 100% de establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar la cual inicia a partir del 01 de julio al 30 de octubre del 2025. Se adjunta cronograma del proceso de autoevaluación.

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

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

[Firma]
M.C. Henry Huamán Huilica
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 070072



Cc. Activo



INFORME. N° 081 -2025-GR.CUSCO/GRSC/UE.401/SCCE/DAIS/DE.

A : Dra. Elbia Lisbeth Yépez Chacón
Gerente Regional de Salud Cusco

DE : M.C. Henry Huamán Huilca.
Director de la U.E. 401 Red de servicios de Salud Canas Canchis Espinar

ASUNTO : Inicio del Proceso de Autoevaluación 2025 de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

ATENCIÓN : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria – GERESA Cusco.

REFERENCIA : INFORME N° 0069 -2025-GR.CUSCO/GRSC/UE.401/SCCE/DAIS/DE,

FECHA : Cusco, 11 de julio del 2025



Por el presente me dirijo a usted, con relación al proceso de Acreditación de establecimientos de salud del ámbito de la Red a mi cargo; en lo referente a la implementación de la Autoevaluación en los EESS del primer nivel de atención seleccionados.

I. ANTECEDENTES

- RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud
- RM 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"
- RM N° 270 - 2009/MINSA que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
- RM N° 150-2025/MINSA Aprueban la Directiva Administrativa N° 372-MINSA/2025/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2025 en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153
- DS N° 022-2024-SA, 30 de diciembre del 2024 Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado



II. ANÁLISIS

- La acreditación de establecimientos de salud tiene la finalidad de garantizar a los usuarios que los profesionales de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, ayudando así a reducir las faltas atribuibles a los servicios de salud; a través de una entrega estandarizada de servicios de salud, que permita una mayor satisfacción de usuarios y la construcción de una cultura de calidad en salud.



- En ese entender, desde el año 2021, 2022, 2023 y 2024, se realizó las autoevaluaciones a 80 (Sólo EE.SS GORE), 330 (Incluye EE.SS EsSalud y SFA-Cusco) 361 (Incluye EE.SS EsSalud, SPNP y SFA-Cusco) y de 368 (Incluye EE.SS EsSalud, SPNP y SFA-Cusco) establecimientos de salud del ámbito departamental respectivamente.
- Los resultados de cumplimiento de estándares, a nivel de Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar en el año 2025 fue del 61.2%, cumpliendo el compromiso de mejora, en el contexto de los convenios de gestión.
- Para el presente año se continuará con la autoevaluación, en concordancia a la normatividad vigente y plan aprobado; para dicho efecto se presenta el cuadro N°01, que resume la cantidad de Microrredes y Establecimientos de Salud que serán autoevaluados en el presente año fiscal y en suma representa el 100% de Establecimientos del Ámbito de la Red.

Cuadro N°01: Resumen de Microrredes y N° de EE.SS programados para la Autoevaluación-2025 de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

Microrred (nombre)	N° de EE.SS	% de EE.SS
MR Yauri	13	100%
MR Yanaoca	11	100%
MR Techo Obrero	9	100%
MR Pampaphalla	9	100%
MR Combapata	6	100%
MR El Descanso	3	100%
TOTAL	51	100%



- El detalle de las Microrredes, Establecimientos de Salud y el informe comunicando el inicio del proceso de Autoevaluación para el presente ejercicio fiscal, se encuentra en la Matriz-MINSA, ubicada en el siguiente Link:
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1xLT98F0MBBGuCDx6UKALZEBJ_rsI89F9rm45zdM_XPq/edit?cid=1653160298&gid=1653160298
- La Red de Servicios de Salud ha publicado en la página web institucional el informe comunicando el inicio del proceso de Autoevaluación 2025 ubicados en el siguiente link:
<https://www.redsaludcoce.gob.pe/Modernidad/>

III. CONCLUSIONES

- La Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar, continúa con la autoevaluación en el presente año fiscal y comunica con el informe de inicio del proceso de autoevaluación a nivel de Microrred y Red, en concordancia a las normas vigentes y los publica en la página web institucional de la Red



IV. RECOMENDACIONES

- Ante lo expuesto, se remiten el detalle de los EE.SS que serán autoevaluados y los comunicados respectivos del inicio del proceso de autoevaluación de la Red de Servicios de Salud de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar y están disponibles en el siguiente link: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1peQ5vTcMe4lPF_nnPoGqWCGReTzfG6d
- Informar al Ministerio de Salud, a las áreas correspondientes en cumplimiento de las normas vigentes.

Es cuanto informo a usted, para los fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR


M.C. Henry Huaman Huilca
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 870077



RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

ENTREGABLE 2

LINK DE PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

LINK PÁGINA WEB:

https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/atc_integral.php?opc=ais_calidad

LINK DRIVE:

<https://drive.google.com/drive/folders/1DaJgulgPPd3CWQuexiB0xk4QBZc-xYcg>

LINK DE INICIO DE AUTOEVALUACIÓN

LINK PÁGINA WEB:

https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/atc_integral.php?opc=ais_calidad

LINK DRIVE:

https://drive.google.com/drive/folders/1peQ5vTcMe4IPF_nnPcGqWCGReTzfG6d?usp=drive_link



MATRIZ CONSOLIDADO FASE AUTOEVALUACIÓN 2025 - PAES
CUMPLIMIENTO DE CRITERIO 3

DIRESA/GERESA/DIRIS/RED RSS CANAS CANCHIS ESPINAR

Nº TOTAL EESS (3er nivel)	Nº ORDEN	DENOMINACIÓN DEL EESS	CATEGORÍA	RED	MICRORRED	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE AUTOEVALUACIÓN	DOCUMENTOS SUSTENTO PAES 2025					% resultado Autoevaluación 2025
							(Indicar N° documento y fecha de entrega)					
							Equipo Acreditación	Equipo Eval. Internos	Plan de Autoevaluación	Doc. Comunicación de Inicio de Autoev	Informe Técnico de Autoevaluación	
	1	00002410-YAURI	I-4	CANAS CANCHIS ESPINAR	YAURI	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siouani 20 de junio del 2025		
	2	00002416 -PALLPATA	I-3	CANAS CANCHIS ESPINAR	YAURI	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siouani 20 de junio del 2025		
	3	00002420-ACCOCUNCA	I-2	CANAS CANCHIS ESPINAR	YAURI	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siouani 20 de junio del 2025		
	4	00002417-PICHIGUA ESPINAR	I-2	CANAS CANCHIS ESPINAR	YAURI	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siouani 20 de junio del 2025		
	5	00002414- HUAYHUAHUASI	I-2	CANAS CANCHIS ESPINAR	YAURI	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siouani 20 de junio del 2025		
	6	00002412-COPORAQUE	I-2	CANAS CANCHIS ESPINAR	YAURI	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Equipo de Evaluadores Internos de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSCU.E.401/SCCEU/GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siouani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSCU.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siouani 20 de junio del 2025		

	3	00002367-CHITIBAMBA	I-1	CANAS CANCHIS ESPINAR	EL DESCANSO	01/07/2025 al 30/10/2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCEU GYDPH Equipo de Acreditación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siuani 01 de abril del 2025	R.D. N° 78-2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCEU GYDPH Equipo de Evaluadores Informes de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siuani 01 de abril del 2025	R.D. N° 132-2025-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCEU GYDPH Plan de Autoevaluación de las Micro Redes de la Unidad Ejecutora-Salud Canas Canchis espinar. Fecha: Siuani 29 de abril del 2025	INFORME N° 0069-2025-GR.CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS/DE. INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN. Fecha: Siuani 20 de junio del 2025
--	---	---------------------	-----	--------------------------	-------------	--------------------------------	---	---	--	--

ANEXO 07: ACTA DE CIERRE DE LA AUTOEVALUACION



ACTA DE CIERRE DE AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO – SOCIALICION DE RESULTADOS DE LAS IPRESS DE LA U.E. 401 RED DE SERVICIOS DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

FECHA:	15/10/2025 y 16/10/2025	HORA DE INICIO:	08 : 30 am	HORA DE TERMINO:	15:30 pm.
LUGAR:	Ex Clínica de la Municipalidad Provincial de Canchis				
RESPONSABLE:	Oficina de Gestión de la Calidad				

I. AGENDA

- Exposición de resultados generales de autoevaluación para acreditación de establecimientos de salud de la U.E. 401 RSCCE.
- Fortalecer el análisis de los diferentes criterios de evaluación de los estándares de acreditación.
- Consolidar el proceso de mejora continua en la calidad de los servicios de salud.

II. DESARROLLO DE LA AGENDA

Siendo el día 15 de octubre del año 2025, a las 9:00 a.m., se llevó a cabo una reunión programada en el auditorio de la Ex Clínica Municipal de Canchis, en donde participaron el director de la Red de Salud Canas Canchis Espinar, Dr. Avelino Soto Ramos, junto a los diferentes responsables de programas de la Red, los responsables de autoevaluación de las diferentes IPRESS del ámbito de la RCCE, y el equipo de Calidad de la GERESA Cusco, liderado por el Dr. Mauro Vargas León.

Esta reunión tuvo como propósito socializar los resultados del proceso de autoevaluación para la acreditación, así como fortalecer el análisis de los diferentes criterios de evaluación de los estándares de acreditación, con el fin de mejorar las competencias del personal y consolidar el proceso de mejora continua en la calidad de los servicios de salud.

Se dio inicio a la reunión con la presentación del Equipo de Calidad de la GERESA Cusco. El Dr. Mauro Vargas León, aperturó la sesión solicitando la participación activa de los asistentes, quienes procedieron a presentarse, indicar su profesión, detallar la dirección o unidad en la que laboran, identificar el principal problema detectado en su ámbito de trabajo y proponer acciones de mejora orientadas a optimizar los procesos y resultados institucionales.

En el marco del fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, se llevó a cabo un espacio de análisis y reflexión orientado a identificar los principales desafíos y oportunidades de mejora en los establecimientos de salud. Durante la reunión, los participantes destacaron la importancia de optimizar los procesos de orientación y atención al usuario, garantizando la calidad de la información brindada y la adecuada respuesta a las consultas.

Asimismo, se identificaron dificultades en la sistematización de la información y en la ejecución presupuestal, lo que evidencia la necesidad de mejorar la gestión de datos relacionados con adquisiciones, compras y procesos logísticos. También se manifestó preocupación por las deficiencias en infraestructura e informática, así como por las limitaciones presupuestales que afectan el adecuado funcionamiento institucional.

Se resaltó la existencia de una nueva normativa en la estrategia de gestión, que requiere el fortalecimiento de las competencias técnicas de los equipos de salud mediante la implementación de un plan de capacitación continua, además de una mejor articulación entre la red y las microrredes.

En el ámbito de los procesos de autoevaluación, se subrayó que los avances dependerán del compromiso del personal y del fortalecimiento del trabajo en equipo, promoviendo una cultura de mejora continua que beneficie tanto al usuario interno como externo.

Se enfatizó la necesidad de modernizar los sistemas informáticos, fortaleciendo los equipos tecnológicos y ampliando el uso de herramientas como los dashboard regionales, buscando garantizar su sostenibilidad en el tiempo y avanzar hacia una gestión moderna, eficiente y orientada a resultados. Entre otros. A continuación, se detalla lo tratado:

IPRESS	NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO	OPINIONES	MEJORA CONTINUA
RSSCCE	Haydee Antonieta Ramos Zanabria	Obstetra	Coordinadora de Gestion de la Calidad	El proceso que se desea mejorar dentro de la Gestión de la Calidad es el referido a la orientación y atención al usuario , específicamente en lo relacionado con la calidad de la información brindada y la atención de consultas , con el propósito de optimizar la experiencia del usuario y fortalecer la satisfacción en los servicios ofrecidos.	Mejorar calidad difusión del paquete de información del proceso de atención en salud, para fortalecer la satisfacción del usuario externo
RSSCCE	Isabel Choquenaira Nayra	Contadora	Jefatura planeamiento	“Se identifican dificultades en la sistematización de la información y en la ejecución presupuestal , lo que limita una gestión eficiente. Es necesario mejorar el manejo de la información relacionada con las adquisiciones, compras y procesos logísticos , a fin de optimizar la toma de decisiones y el uso adecuado de los recursos.”	Elaboración de dashboard de centros de costos
RSSCCE	Martha Loayza Ayala	Enfermera	directora de inteligencia sanitaria/Emergencia y Desastres/Epidemiología	“La preocupación principal se centra en las deficiencias de infraestructura , ya que muchos establecimientos de salud no cuentan con las liquidaciones debidamente establecidas . Asimismo, se identifican limitaciones en el área informática y carencias presupuestales , lo que dificulta el adecuado funcionamiento y fortalecimiento de los servicios de salud.”	Elaboración de dashboard con información de infraestructura (situación legal de IPRESS – liquidación de obra), la disponibilidad de equipos biomédicos.
RSSCCE	Marita Ester Mamani Gamarra	Enfermera	TBC	“La estrategia cuenta con una nueva normativa , por lo que resulta necesario fortalecer las competencias técnicas de todo el equipo de salud y de los diferentes profesionales , mediante la implementación de un plan de capacitación continuo . Asimismo, se requiere mejorar la coordinación entre la red y las microrredes para asegurar una gestión articulada y eficiente.”	adherencia en la aplicación de la nueva norma técnica de TBC

RSSCCE	Avelino Soto Ramos	Odontólogo	director Ejecutivo de la RSSCCE	“Dentro de los procesos de autoevaluación , los resultados alcanzados dependerán del compromiso y esfuerzo del equipo de trabajo . Se han identificado algunos altibajos y observaciones que deben ser fortalecidos, apostando siempre por una atención de calidad . Es fundamental promover la mejora continua tanto para el usuario interno como externo , impulsando el trabajo conjunto y colaborativo que permita lograr una atención más eficiente y de mayor calidad .”	Fortalecimiento del trabajo en equipo y mejora continua de la calidad de atención. Implementación de estrategias para fortalecer la autoevaluación y la mejora de la calidad del servicio.
RSSCCE	Raúl Achahui Ventura	enfermero	dirección de atención integral	“Es necesario implementar y fortalecer los equipos informáticos , ya que, si bien se cuenta con un dashboard operativo , este presenta limitaciones en su alcance y funcionalidad . Se busca ampliar su implementación a nivel regional y garantizar su sostenibilidad en el tiempo , con el propósito de avanzar hacia la modernización de los procesos y la gestión institucional .”	Historia Clínica electrónica implementada en el I Nivel de Atención implementación de historia clínica electrónica
RSSCCE	Lucrecia Cáceres Limache	enfermera	inmunizaciones	“La Norma Técnica N°. 238 ha sido modificada el 9 de octubre , por lo que resulta necesario realizar una capacitación dirigida al personal de salud con el fin de difundir y aplicar adecuadamente los cambios establecidos. Las principales modificaciones se centran en el fortalecimiento de los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) de niñas y niños de 0 meses a 11 años , buscando alcanzar una cobertura del 100% y asegurar la calidad de la atención en esta población prioritaria.”	proyectos de mejora de inmunizaciones para espacios de atenciones - niño con vacuna completa Adherencia de la guía técnica 238 (con habilidades interpersonales)
RSSCCE	Paul Ernesto Infantas Alencastre	psicólogo	salud mental	“Se viene avanzando en la implementación de herramientas tecnológicas para el seguimiento de la Ficha N°. 19 y de los paquetes de atención a casos de depresión . Si bien aún se presentan dificultades en su aplicación y cumplimiento , se realiza un seguimiento continuo a los pacientes , buscando fortalecer el control y la atención integral de las personas con diagnóstico de depresión.”	“Fortalecimiento del seguimiento y cumplimiento de los paquetes de atención a pacientes con depresión mediante el uso de herramientas tecnológicas.”
RSSCCE	Roxana Cahuana	Bióloga	saneamiento ambiental	En relación con el componente de aguas , durante el presente año se ha implementado el monitoreo de metales pesados , como parte del fortalecimiento de las acciones de control sanitario. Asimismo, se viene desarrollando el manejo integral de residuos sólidos , orientado a garantizar condiciones adecuadas de seguridad ambiental y salud pública .”	“Fortalecimiento del control sanitario y gestión ambiental mediante el monitoreo de metales pesados y el manejo adecuado de residuos sólidos.”
RSSCCE	Jessica Condori Mamani	nutricionista	nutrición	“En el macroproceso de gestión de medicamentos , se ha identificado la necesidad de fortalecer el uso adecuado y racional de los medicamentos , especialmente en lo relacionado con la prevención y tratamiento de la anemia y la	“Fortalecimiento del uso racional de medicamentos y mejora del registro de reacciones adversas en el marco

				adherencia a los suplementos e insumos utilizados en el Programa de Desarrollo Infantil Temprano. En este contexto, se han presentado dificultades en el registro de reacciones adversas por parte del personal de salud, así como en la transición del uso de sulfato ferroso al hierro polimaltosado, lo que requiere un acompañamiento técnico y capacitaciones específicas para asegurar una implementación efectiva.”	del Programa de Desarrollo Infantil Temprano.”
RSSCCE	Beatriz Sanga	Obstetra	discapacidad	El éxito de las acciones de mejora depende en gran medida de la actitud, compromiso y voluntad del recurso humano. La falta de compromiso y la resistencia al cambio, derivada de diferentes formas de pensar, constituyen una debilidad o brecha que dificulta el logro de los objetivos institucionales. Asimismo, se ha identificado cierto grado de desidia por parte del personal, lo que hace necesario implementar estrategias orientadas a fomentar la participación activa, la motivación y la cultura de mejora continua.”	“Fortalecimiento del compromiso y la cultura de mejora continua del personal mediante estrategias de motivación y participación activa.”

16 de octubre del 2025

Seguidamente se da a conocer los resultados de autoevaluación por cada una de las microrredes en relación a los diferentes estándares de autoevaluación, indicando las áreas críticas por cada microrred, se abordaron los diferentes desafíos y oportunidades de mejora identificados en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con énfasis en los proyectos de mejora que deben estar alineados a los siguientes ejes:

Adquisición y contrataciones:

Se evidenciaron dificultades en la sistematización de información, ejecución presupuestal y gestión de compras, lo que limita la eficiencia en la disponibilidad de insumos y recursos. Se resaltó la necesidad de mejorar el registro, seguimiento y control de adquisiciones y procesos logísticos, garantizando transparencia y uso adecuado de los recursos.

Equipamiento e infraestructura:

Se identificaron carencias en infraestructura, equipamiento y sistemas informáticos, lo que afecta la calidad de atención y la modernización de los servicios. Se destacó la importancia de fortalecer los equipos tecnológicos, ampliar el alcance de dashboard y garantizar su sostenibilidad, así como mejorar la infraestructura física y asegurar la disponibilidad de insumos y equipos adecuados.

Macro Proceso 2 Gestión de Recursos Humanos

Se enfatizó la necesidad de capacitar al personal de salud, especialmente frente a cambios normativos recientes (como la Norma Técnica N.º 238) y nuevos procesos de seguimiento de pacientes, incluyendo el Programa de Desarrollo Infantil Temprano y el seguimiento de casos de depresión. Asimismo, se subrayó que los procesos de autoevaluación y mejora continua dependen del compromiso y actitud del recurso humano, siendo la motivación y el trabajo en equipo elementos críticos para el éxito de los proyectos de mejora.

Se acordó que los proyectos de mejora deben estar formulados y vinculados a estos ejes, y que se contará hasta el **10 de noviembre 2025** para contar con la resolución de conformación de los equipos de proyectos y acciones de mejora acordados, asegurando su alineación con los objetivos institucionales y la calidad de los servicios de salud.

Para el día 16 de octubre, se apertura la reunión con la presentación del Dr. Mauro en relación a que el **cumplimiento de los estándares** debe enfocarse en el **fortalecimiento de las competencias del personal** a través del **seguimiento y gestión de indicadores**, asegurando que los establecimientos de salud cuenten con las **competencias estructurales necesarias**. Asimismo, las acciones de mejora deben estar **alineadas con la misión institucional y el Modelo de Capacidad Institucional (MCI)**, garantizando que los procesos contribuyan efectivamente al logro de los objetivos misionales.

Se invita a participar a los **responsables de las microrredes** con el objetivo de que puedan **presentar y socializar las diferentes problemáticas y desafíos** que se vienen presentando en sus respectivos establecimientos de salud. Esta convocatoria busca generar un **espacio técnico de análisis y retroalimentación**, en el cual se puedan identificar **brechas en los procesos de gestión, infraestructura, equipamiento, competencias del personal y ejecución de programas de salud**, así como las **oportunidades de mejora** para optimizar la atención al usuario interno y externo.

IPRESS	NOMBRE Y APELLIDOS	PROFE SION	CARGO	OPINIONES	MEJORA CONTINUA
Combapata	Milagros Medina Cairo	Enfemera	jefatura	De acuerdo con los procesos de atención y con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, se ha identificado una problemática relacionada con la recabación de información en el área de estadística. Esta información es fundamental, ya que permite identificar necesidades de mejora en distintos indicadores, incluyendo indicadores de calidad, convenios, atención materna e infantil, entre otros. Si bien se han implementado acciones para mejorar la disponibilidad y confiabilidad de la información, anteriormente se detectaron sesgos en los datos, los cuales podrían afectar la toma de decisiones estratégicas. Con las mejoras aplicadas, estos sesgos deberían haberse minimizado, fortaleciendo así la gestión basada en evidencia y el seguimiento de los indicadores institucionales.	Monitoreo y seguimiento oportuno de los indicadores prioritarios, convenios FED Equipo de mejora Estadística MR Y Red. Atención Integral jefe de personal Resp. de Calidad
Yanaoca	Fredy Pinto Vargas	Medico	jefe de Microred	Un total de 11 establecimientos de salud de categoría I, I1 y I4 han manifestado la necesidad de contar con recursos humanos capacitados, dado que actualmente se enfrenta una crisis por la carencia de personal, especialmente especialistas y personal suficiente para cumplir con los objetivos institucionales Si bien los establecimientos cuentan con equipos biomédicos habilitados, la falta de personal capacitado limita su uso efectivo y el cumplimiento de metas. Por ello, se requiere implementar programas de capacitación dirigidos al personal de admisión, con el fin de optimizar el ordenamiento de historias clínicas y el flujo de atención, garantizando así una gestión eficiente y de calidad en la atención al usuario.	satisfacción al usuario consistencia de la trazabilidad de la información (Citas)











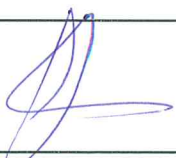



III. Acuerdos y Compromisos

1. **Adquisición y contrataciones:** Elaboración de dashboard con información de infraestructura (situación legal de IPRESS – liquidación de obra), la disponibilidad de equipos biomédicos.
2. **Equipamiento e infraestructura:** elaboración de dashboard con información de infraestructura física y equipamiento biomédico.
3. **Macro Proceso 2 Gestion de Recursos Humanos:** el plan de desarrollo personal de la U.E. 401 RSCCE, debe ser implementado previa aprobación con resolución directoral, en el cual debe estar **alineadas con la misión institucional y el Modelo de Capacidad Institucional (MCI)**, garantizando que los procesos contribuyan efectivamente al logro de los objetivos misionales.
4. **GERESA Cusco** asume el compromiso de implementar un sistema de control de capacitaciones y que este coordinado los públicos objetivos.
5. Se contempla la realización de **pasantías internas**, mediante las cuales se **visitarán las microrredes para valorar la prestación de los servicios de salud**. (microrred de **Yanaoca - manejo de riesgos y la atención al usuario**).
6. **Con respecto al macroproceso de gestión de historia clínica:** las IPRESS deberán realizar auditorías programadas (techo Obrero: Materno, Combapata: Daños no transmisibles, Yanaoca: Inmunizaciones, El Descanso: Salud Mental, Pampaphalla: TBC, Yauri: Anemia), evaluación de registro de atención
7. **Macroproceso de Gestión de Seguridad y Desastres:** Elaboración e implementación de planes de contingencia ante emergencias y desastres en los establecimientos del primer nivel de atención (proyecto de mejora continua).
8. **Macroproceso de Atención Extramural:** Implementación de un sistema de gestión integral de los agentes comunitarios de salud, que contemple - registro completo y actualizado de los agentes en una plataforma virtual, identificación oficial mediante resolución y reconocimiento formal, capacitación continua para garantizar el cumplimiento de estándares y la efectividad de las acciones extramurales).
9. **Macroproceso de Atención Extramural:** La RSCCE implementa acciones de mejora de atención extramural - con cartera de servicios de atención extramural, trazabilidad de agentes comunitarios, y kits definidos.
10. Los proyectos y acciones de mejora, deberán contar con resolución de conformación de los equipos hasta el 10 de noviembre del presente año.

Siendo las 15:00 horas del 16 de octubre del presente año se culmina la reunión, firmando los presentes

Pampaphalla	Agripina Cáceres Corrales	Enfermera	calidad	De acuerdo con los procesos de autoevaluación, los establecimientos de salud se encuentran por debajo del 50% de cumplimiento, lo que evidencia deficiencias significativas en la calidad de la información. Se han detectado situaciones en las que existen pérdidas de datos o falta de registro, limitando la disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones. Adicionalmente, se identifican problemas de infraestructura, ya que algunos establecimientos han sido declarados no habitables, lo que afecta la prestación adecuada de los servicios de salud y la seguridad de los usuarios y del personal. Estas brechas requieren acciones prioritarias para mejorar la calidad de la información, fortalecer la infraestructura y garantizar la continuidad de los servicios.	
Techo Obrero	Maribel Ramos Dias	Obstetra	jefatura	Se requiere la implementación del sistema SICHE, debido a sus ventajas en la gestión de información, control de formatos, manejo de historias clínicas y generación de información estadística confiable. Esta implementación permitirá reducir las quejas recurrentes relacionadas con deficiencias en la documentación y el registro de datos.	EESS implementados con Historia Clínica electrónica planes Cero Colas Satisfacción del Usuario Externo
El Descanso	Dina Rossi Iguera Tupa	Enfermera	Cargo Jefatura	En relación con los planes de mejora, se ha identificado que los problemas están vinculados a la implementación del sistema SICHE, la cual no cuenta con los recursos y condiciones necesarias para su correcta adopción. Adicionalmente, el intercambio prestacional en los establecimientos de salud ha generado un aumento en la demanda de atención, lo que hace prioritario implementar estrategias para organizar los flujos de atención, optimizar el uso de los recursos existentes y asegurar el cumplimiento de los objetivos de los planes de mejora.	Visita del Equipo de Calidad de la GERESA Cusco a la Microred El Descanso
Yauri	Lizbeth Ccapa Corrales	Enfermera	Calidad	Se han identificado dificultades para la capacitación del personal recién incorporado (SERUMS, contrato CAS, RRHH), derivadas de la lejanía geográfica de algunos establecimientos de salud y de la programación de actividades de capacitación por parte de la GERESA y las redes de salud, debido que se programan varias actividades en un solo día.	Fortalecer al personal SERUMS en el proceso de atención en salud en las IPRESS

IV. PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	MICRO RED	CARGO	TELEFONO	FIRMA
		IPRESS			
Haydi A Ruzo Zumbi	24702547	RSCCE	Obstetra	984955629	
Keren Tadrón de Guevara Bravo	70416970	Techo OBRERO	Rep. Comite de Acreditación	925647358	
Irma Zela Choque	02440201	RSCCE	obstetra	987877640	
Luzecio Carras Lomacho	24705184	RSCCE	Lic Enfermeria	984570396	
Bermy Leonela Itamari Quispe	46675715	RSCCE	Lic. enfermeria	943138213	
ROXANA CAHUANA CANAZA	44137352	RSCCE	BIOLOGO	929463075	
Raul Achahua Ventura	43863558	RSCCE	DAIS	946751071	
Kathya Biviana Valencia Halla	45089854	RSCCE	Responsable de SECC REFIN	962728214	
Johana Paritza Rodriguez Quinonan	43715235	Pampaphalk	Enfermeria	974256616	
Dina Pary Higuera Flupa	4413729	Ocuramos	Enfermeria	983557679	
Samin Edy Flores Esquivel	24711721	Un Descanjo	Operario	99033440	
Cynthia Arizabal Decard de Ortiz	41677601	RSCCE	tec. Ing.	954738877	
Yolanda Sotterconi Fos	41577421	El Descanjo	operario	901165873	
Victoria SANCHEZ CIRONE	46131378	El Descanjo	Operario	98624971	

IV. PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	MICRO RED	CARGO	TELEFONO	FIRMA
		IPRESS			
Roxana Halarocca churata	42163670	M.R. Yanaocho	COORD. DIT	929291606	
Martha Velásquez Monzón	01314595	M.R. Yanaocho	COORD. Epid.	989306935	
Lissy Torres Chupac	44626230	M.R. Yanaocho	COORDINADORA INTERNO	954568531	
Fredy Pinto Vargas	42753006	M.R. YANAOCCHA	JEFE DE MICRORED	948580337	
RUBÉN CAHUI SUAÑA	42617724	M.R. YANAOCCHA	COORD. ESANS PROMISA	992747549	
Jessica Condorí Mamani	41243854	REDUCE - DDIS	COORD. ESANS	989421442	
Gret hsy Ibaniz Manizabal	40618549	M.R. T.O. P.S. CUYO	RESP. CALIDAD	951899392	
Aydeé Mejía Galicia	23943377	UE 401	Dire. Administrativa	974374405	
Isabel Choquenaira Ch.	24710661	B.E.D.E.	Jefatura Opp	973974071	
Lizel M. Pacheco Llanos	23950512	R.S.C.C.E.	Exp. Adus	921590310	
Concepcion Carhuarupay Tice	24718094	Prompantale	Coordinao Interw	984844177	
Agripino Caceres Corb	23881535	Pampaphalla	R/E M.R.	990340497	
Flinda Quije Sob	45644915	M.R. Yauri	COORD. SUI.	95740585	
Lisbet Coopa Fernald	46607311	M.R. Yauri	Responsable calidad	973686327	

ANEXO 08: FOTOS EVIDENCIAS



REUNIONES DE SOCIALIZACION NTS 050 –
LISTADOS DE ESTADARES DE ACREDITACION PARA
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS
MEDICOS DE APOYO



Ponente de GERESA Cusco



RSSCCE por Micro Redes

REUNIONES DE SOCIALIZACION DE RESULTADOS
DE AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION DE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS
MEDICOS DE APOYO - 2025



15 y 16/10/2025: Presencia de autoridades de la U.E. 401 RSCCE (Director Ejecutivo, direccion de Administracion, UGYDPH, Planeamiento y presupuesto)





Ponente (Dr. Mauro Vargas L.) GERESA Cusco



Presencia de los equipos de las 6 microrredes (Yauri, Yanaoca, Techo Obrero, Pampaphalla, Combapata y el Descanso



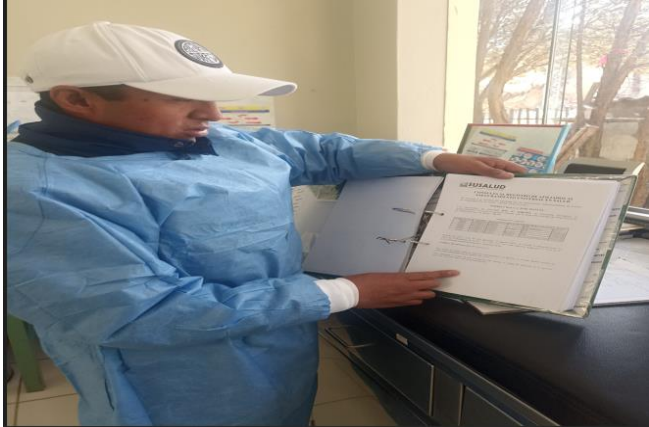
PROGRAMACION DIARIA RRHH



Centro de Salud Yauri

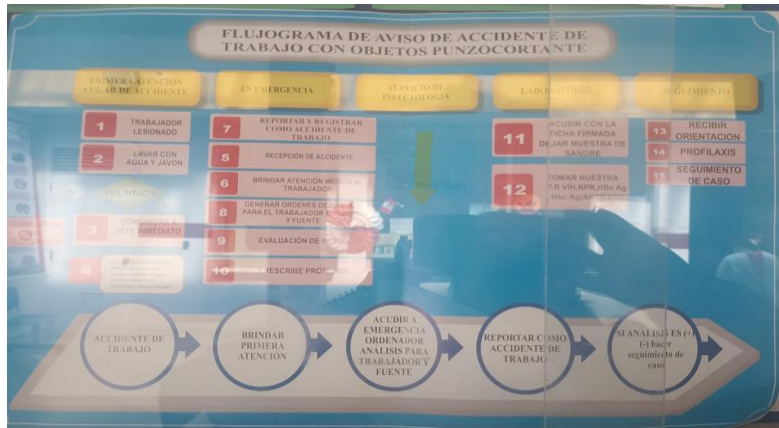


CSMC Sicuani

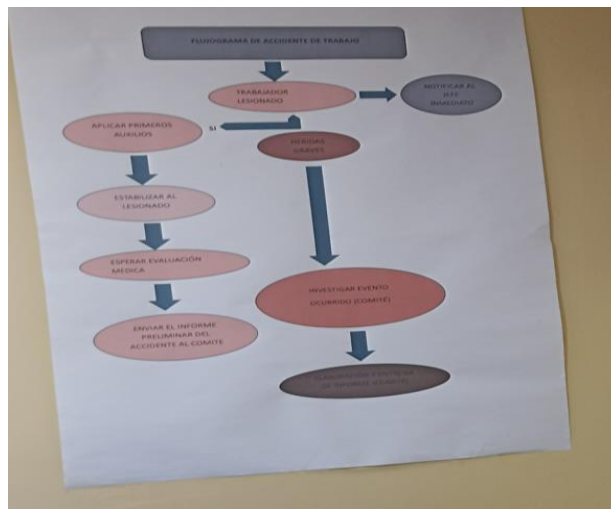


Puesto de Salud Suykutambo (relación de RRHH asegurado riesgo de trabajo)





Flujograma accidentes punzo cortantes CS Pampaphalla



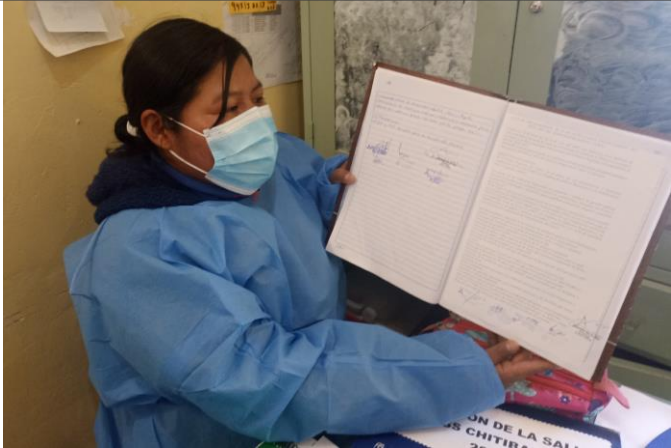
Flujograma de accidentes de trabajo



Mapa de Riesgo Puesto de Salud Condoroma



SECTORIZACION (SIVICOS) CARTERA DE SERVICIOS EXTRAMURAL



Acta de Reunión de sectorización PS Chitibamba

PUERPERA	NINO(A)	ADOLESCENTE	JOVEN ADULTO	ADULTO MAYOR
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en salud mental • Seguimiento a gestantes con Afección • Orientación y consejería nutricional • Orientación y consejería en signos de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria al recién nacido • Consejería integral sobre signos de alarma, lactancia materna y Monitoreo de lactancia • Consejería en buen trato y confort del niño • Inmunizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y consejería sobre alimentación saludable • Inmunización • Consejería en salud sexual reproductiva y planificación familiar • Consejería en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en salud sexual y reproductiva • Consejería en planificación familiar • Consejería en salud mental • Captación de signos respiratorios 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de presión arterial • Detección de diabetes • Captación de enfermedades respiratorias • Inmunización • Consejería nutricional

Cartera de servicios extramural

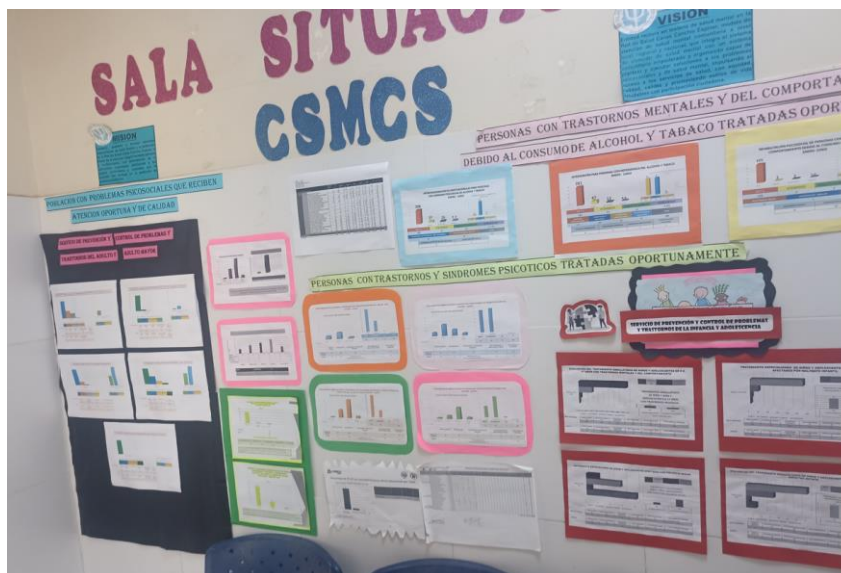
PLAN DE DESARROLLO PERSONAL



Responsable Recursos Humanos PS Ccuyo



SALA SITUACIONAL DE IPRESS



CSMC Sicuani

RECLAMOS SUGERENCIAS





Puesto de Salud Chectuyoc

EMERGENCIAS Y DESASTRES



Mapa de Riesgos PS Chitibamba





CSMC Sicuani

INFRAESTRUCTURA DE IPRESS



Puesto de Salud Huayhuahuasi (inadecuada conexión eléctrica en ambientes)



SOCIALIZACION DE RESULTADOS IPRESS



CENTRO DE SALUD YAURI



PUESTO DE SALUD ACCOCUNCA



PUESTO DE SALUD URINSAYA





Centro de Salud el Descanso



Puesto de Salud Chitibamba



Puesto de Salud Condeviluyo





Centro de Salud Combapata



Centro de Salud Yanaoca



Centro de Salud Layo





Puesto de Salud Langui

AUTOEVALUADORES INTERNOS VERIFICANDO EVIDENCIAS



Cs el Descanso

