



Gobierno Regional
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de
Gestión de la
Calidad



"Año de la Unidad, la paz y el desarrollo"

HOSPITAL REGIONAL CUSCO



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL AÑO 2023

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS

Cusco – Perú

"Año de la Unidad, la paz y el desarrollo"

Med. Carlos Gamarra Valdivia
DIRECTOR GENERAL

Med. Reynaldo Cabrera Berrocal
SUB DIRECTOR

Med. Rosa Chela Conde Sumire
JEFE OFICINA GESTION DE LA CALIDAD



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de
Gestión de la
Calidad



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

EQUIPO DE AUTOEVALUADORES HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2023

- ❖ MED. MARINA ANTONIETA OCHOA LINARES
- ❖ MED. SABINA GAMARRA MOLINA
- ❖ MED. FARIDA CASTILLO TORRES
- ❖ MED. MARIZABEL ROZAS LA TORRE
- ❖ MED. MARTIN GENARO HILARES LUNA
- ❖ MED. VALMI MIRIAN LUNA FLORES
- ❖ QF. ELLEN PALACIOS GONZALES
- ❖ QF. EDISON SANCHEZ QUINTANA
- ❖ CD. KELY NINA ABRILL
- ❖ OBST. ANITA NIETO FERNANDEZ
- ❖ OBST. GLADYS CRISTINA JOSEFINA MONTES PAREDES
- ❖ OBST. LISSETH ASCUE ESCALANTE
- ❖ LIC. EUNICE ALVAREZ ROJAS
- ❖ LIC. MAGALY ATAPAUCHAR CALDERON
- ❖ LIC. KAREN BORDA ZAPANI
- ❖ LIC. RUTH NATALY SALCEDO CORDOVA
- ❖ LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO
- ❖ ASIST. SOCIAL ROSARIO BOMBILLA PUMA
- ❖ LIC. JAIME ALBERTO CUTIRE ARCE
- ❖ LIC. JULIO CESAR GIRALDO GOMEZ
- ❖ LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA
- ❖ ING. FREDY SALCEDO ABARCA
- ❖ ABOG. MARIA CLEOFE DELGADO
- ❖ SERV. P. MARGOT CORDOVA ESQUIVEL



**Gobierno Regional
CUSCO**

Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de
Gestión de la
Calidad



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

INDICE

- 1. INTRODUCCION**
- 2. JUSTIFICACION**
- 3. FINALIDAD**
- 4. OBJETIVOS**
- 5. ALCANCE**
- 6. BASE LEGAL**
- 7. METODOLOGIA DE LA EVALUACION**
- 8. DISPOSICIONES GENERALES**
- 9. DISPOSICIONES ESPECIFICAS**
- 10. DISPOSICIONES FINALES**
- 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
- 12. ANEXOS**

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

1. INTRODUCCION

Uno de los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable, siendo en la actualidad una necesidad de los servicios de salud el evidenciar que su desempeño en una variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

El proceso de acreditación es muy importante para la sostenibilidad del sistema de gestión de la calidad.

La acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

El proceso de Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de Autoevaluadores internos del Hospital Regional de Cusco.

La Acreditación de establecimientos de salud en el país tiene dos fases. Autoevaluación y Evaluación externa.

La Ley general de salud, en el artículo N° 37, 38, 42 establece cumplir con la acreditación, así mismo el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el artículo N° 101 la favorece.

Para la OPS, la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas tanto del usuario interno y usuario externo que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

Entre los lineamientos de política sectorial es un derecho acceder a un servicio de salud de calidad, como condición indispensable del desarrollo humano, en ese sentido consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Por tal razón mejorar la calidad de un servicio es un proceso permanente y requiere del compromiso total del comité de autoevaluación. El presente Plan de Autoevaluación del Hospital Regional de Cusco intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios quienes tendrán las responsabilidades de contrastar, analizar, valorar y recomendar a cerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos en base a estándares de calidad definidos para sugerir procesos de mejora continua de la calidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa la Autoevaluación de las instituciones prestadoras de salud, con la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

La Autoevaluación es un proceso que implica aplicación de normas y estándares de calidad, para poder alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad; los que permitirán promover acciones de mejoramiento continuo en la atención de salud.

En este esfuerzo conjunto, nuestra Institución en los años anteriores ha realizado autoevaluaciones y en ningún caso se ha llegado a aprobar, siendo el resultado de la autoevaluación del 2021 a 51% y el 2022 se llegó a 58%, requiriendo un compromiso y trabajo en equipo mayor.

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

2. JUSTIFICACION.

El Documento Técnico “Sistema de gestión de la Calidad en Salud”, en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de “Política Nacional de Calidad en Salud” en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia, la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

El nivel Nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal y se pone como meta llegar a un mayor o igual 60 % de calificación..

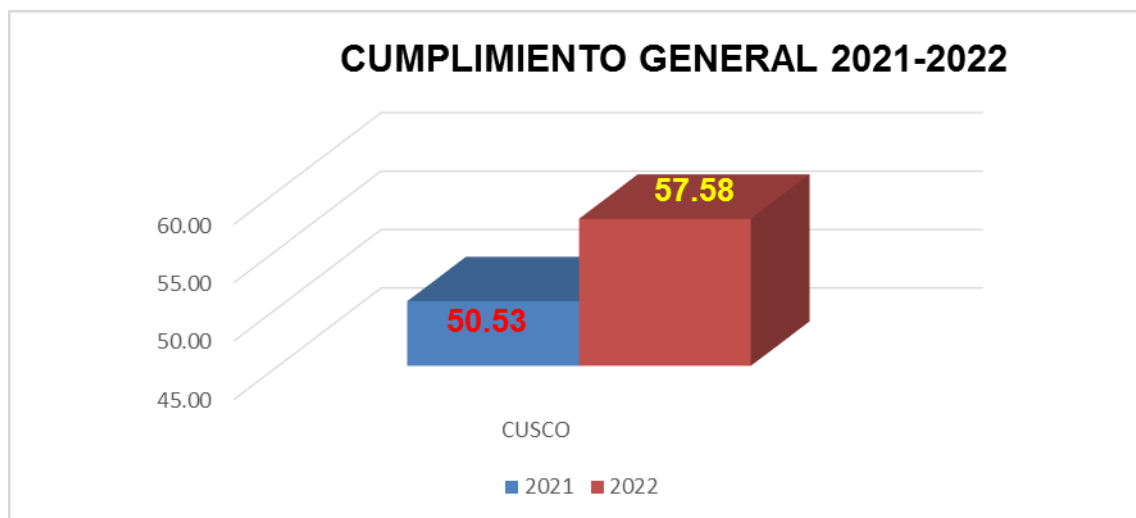
El objetivo principal de la Autoevaluación es ir mejorando cada año el porcentaje alcanzado cosa que se evidencia en nuestra Institución

La acreditación se basa en el principio de comparar una Institución con una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño y se puede constituir en un mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

Para tal fin en el marco del lineamiento de política del sector de salud, el Ministerio de salud aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo por lo que al Hospital Regional del Cusco conformado un equipo evaluador interno le corresponde la evaluación del nivel de cumplimiento de estos estándares de calidad para el fortalecimiento de los servicios y posterior acreditación.

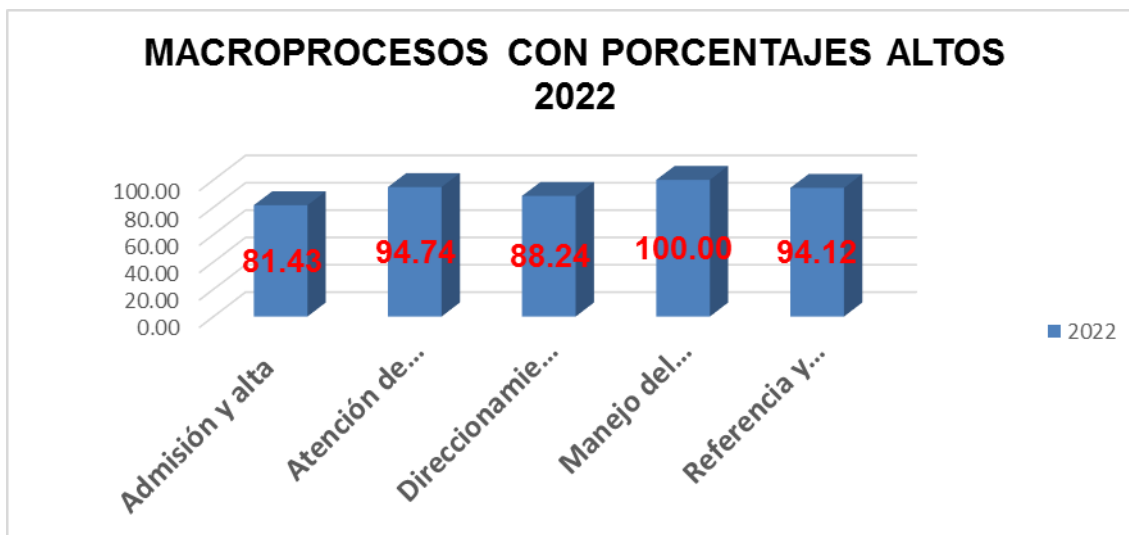
UADRO DE RESULTADO DE AUTOEVALUACION 2021 / 2022

CUMPLIMIENTO GENERAL: Como se observa en el grafico calculado según el aplicativo en relación al año 2021 el resultado es 50.53%, aumentando para este año 2022 8 puntos siendo el puntaje final 57.58%, según la NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02, para obtener un puntaje aprobado debe ser mayor a 85% del cumplimiento del total de los macroprocesos establecidos para la Acreditación.

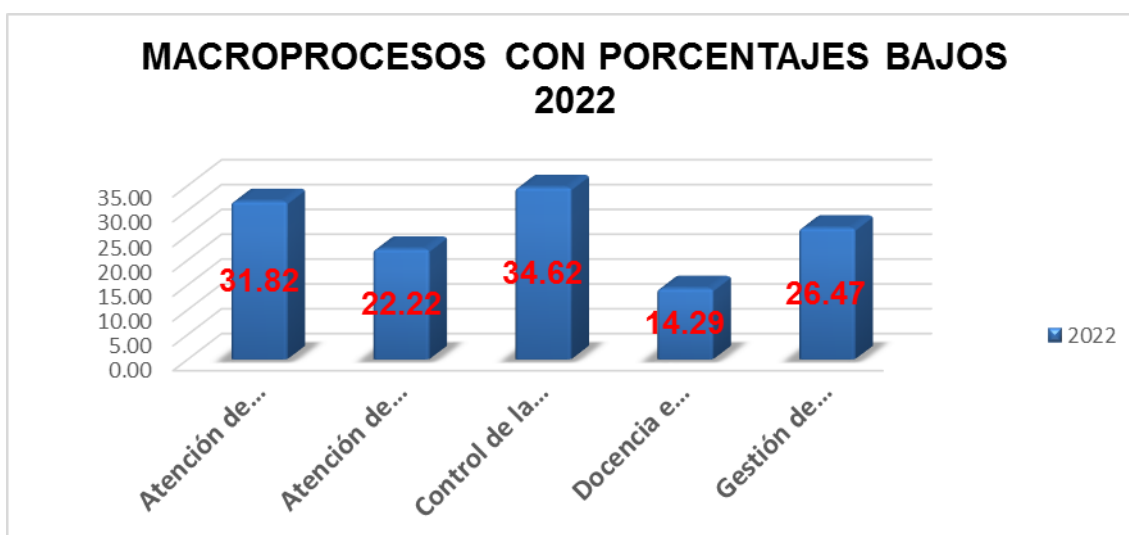


“Año de la Unidad, la paz y el desarrollo”

MACROPROCESOS CON PORCENTAJES ALTOS: Se observa que entre todos los macroprocesos que obtuvieron un porcentaje alto es el macroproceso, Manejo de Riesgo Social llegando al 100%, seguido de Referencia y Contrareferencia con un 94.12% cumpliendo con todos los documentos que solicitan por macroproceso. Es de resaltar el esfuerzo de cada responsable.



MACROPROCESOS CON PORCENTAJE BAJO: Se observa que entre todos los macroprocesos que obtuvieron un porcentaje bajo, docencia e investigación alcanzó un (14.29%) debiendo ser el compromiso de cada uno de ellos mejorar cumpliendo con lo solicitado por los autoevaluadores de acuerdo a la Norma Técnica.



El presente plan contempla el desarrollo del proceso de autoevaluación 2022 del Hospital Regional de Cusco, donde se aplica manuales, guías del evaluador, listado de estándares de Acreditación que nos permite la calificación por macroprocesos de todas las jefaturas de departamento, jefaturas de servicio, oficinas de administración. Y se debe implementar acciones de mejora para poder acreditar.

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

3. FINALIDAD

Gestionar el proceso de Autoevaluación del Hospital Regional Cusco en el marco normativo vigente y el Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad; evidenciando el grado de cumplimiento de los estándares de Acreditación desde una perspectiva práctica y sistémica.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Garantizar que el Hospital Regional de Cusco cumpla con los estándares de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención y de esta manera poder Acreditar

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

Garantizar la conformación oficial del equipo de Acreditación de acuerdo a la Norma Técnica de Acreditación del MINSA.

Garantizar la conformación oficial del equipo de Autoevaluadores internos.

Desarrollar la Autoevaluación Institucional del Hospital Regional de Cusco según la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de salud del MINSA.

Monitorear las acciones de mejora continua según los resultados obtenidos en la autoevaluación.

Realizar acciones de mejora para el cumplimiento de los criterios de los estándares de Acreditación.

Realizar auditorías de historias clínicas de manera mensual en todos los servicios y de esta manera cumplir con los estándares de acreditación.

Uniformizar los procedimientos para la autoevaluación.

Establecer pautas para la organización y autoevaluación durante el proceso de la evaluación interna.

5. ALCANCE

Este plan es de aplicación en todo el Hospital Regional Cusco en los servicios asistenciales y administrativos.

6. BASE LEGAL

- ❖ Ley N° 26790. “ Ley de Modernización de la Seguridad Social”
- ❖ Ley N° 26842 “Ley General de Salud”
- ❖ Ley N° 27657 “Ley del Ministerio de Salud”
- ❖ Ley N° 27783 “Ley de Bases de la Descentralización”
- ❖ Ley N° 27806 “Ley de Transparencia y Acceso y Acceso a la información Pública”
- ❖ Ley N° 27813 “Ley del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud”.
- ❖ Ley N° 27867 “Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales “
- ❖ D.S. N° 008-2017-SA que aprueba el “ Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”
- ❖ D.S. N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo”.

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

- ❖ R.M. N°1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V-01 “Lineamientos para la organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”
- ❖ R.M. N° 246-2006/ MINSA, que Aprueba el Documento Técnico “Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud”.
- ❖ R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema Gestión de la Calidad en Salud”.
- ❖ R.M. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “NTS de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ R.M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la “Guía Técnica del Evaluador para las Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- ❖ R. M. N° 546-2011/MINSA, que aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de los Establecimientos del Sector Salud”
- ❖ Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional del Cusco, 10 de Diciembre 2014.
- ❖ Ordenanza Regional N° 130-2017-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) del Hospital Regional del Cusco, 01 de Noviembre 2017.
- ❖ R.D. N°080-2018-MINSA-HRC/UGRH, que aprueba el Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ❖ D.S.035-2020-SA, aprueba el Decreto Supremo que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, 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.
- ❖ RD N°56-2021-MINISA-HRC/UGRH que aprueba la conformación del Comité de Acreditación año 2021 del Hospital Regional del Cusco”, 10 de Febrero 2021.
- ❖ RD N°76-2021-MINSA-HRC/UGRH que resuelve conformar el Comité de Autoevaluación para la Acreditación 2021 del Hospital Regional del Cusco”.

7. DISPOSICIONES GENERALES

- ❖ El proceso de acreditación comprende la fase de autoevaluación y evaluación externa.

7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Evaluador Interno: es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.

Evaluador Externo: es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de acreditación.

Macroproceso: es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.

Proceso: conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Trazabilidad: conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

7.2. CONCEPTOS BASICOS

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Gestión de la Calidad: es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad: es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Planificación de la Calidad: es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de gestión de los servicios.

Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.

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

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

Evaluación externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

7.3. REQUERIMIENTOS BASICOS

RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA ACREDITACION

Evaluadores seleccionados y capacitados

Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.

Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 HASTA III-1 y servicios médicos de apoyo.

Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.

Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados

7.4. ESTRATEGIAS

- ❖ Presentar el Plan al Comité de Gestión y Jefes de Servicios y Unidades.
- ❖ Organizar y delegar la responsabilidad de autoevaluación vía Resolución Directoral al equipo de autoevaluación interna.
- ❖ Capacitar al equipo de autoevaluación interna.
- ❖ Comprometer a los autoevaluadores responsables de los macroprocesos, bajo plazos, a realizar la ejecución y su respectivo reporte.

7.5. METODOLOGIA

Luego de la distribución del Equipo Autoevaluador (ver anexo N° 03), se procederá con la capacitación concerniente a la Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Guía Técnica del Evaluador, Listado de estándares nacionales de acreditación y referencias normativas, en donde se proporcionará las Hojas de Registro de Datos de Autoevaluación (ver anexo N° 05), Hojas de Recomendaciones (ver anexo N° 06),

Las técnicas de evaluación empleadas durante la autoevaluación por macroprocesos, son las siguientes:

- ❖ Revisiones documentarias.
- ❖ Auditorias.
- ❖ Entrevistas.
- ❖ Observaciones.
- ❖ Encuestas.
- ❖ Muestreos (aleatorio simple de 10 muestras)

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

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La Oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, el inicio del proceso de autoevaluación y esta instancia a su vez comunicará a la Gerencia Regional de Salud Cusco.

La oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente.

9. DISPOSICIONES FINALES

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023, debe contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva.

La Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023.

La Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, evaluará y priorizará las sugerencias del Informe Técnico de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

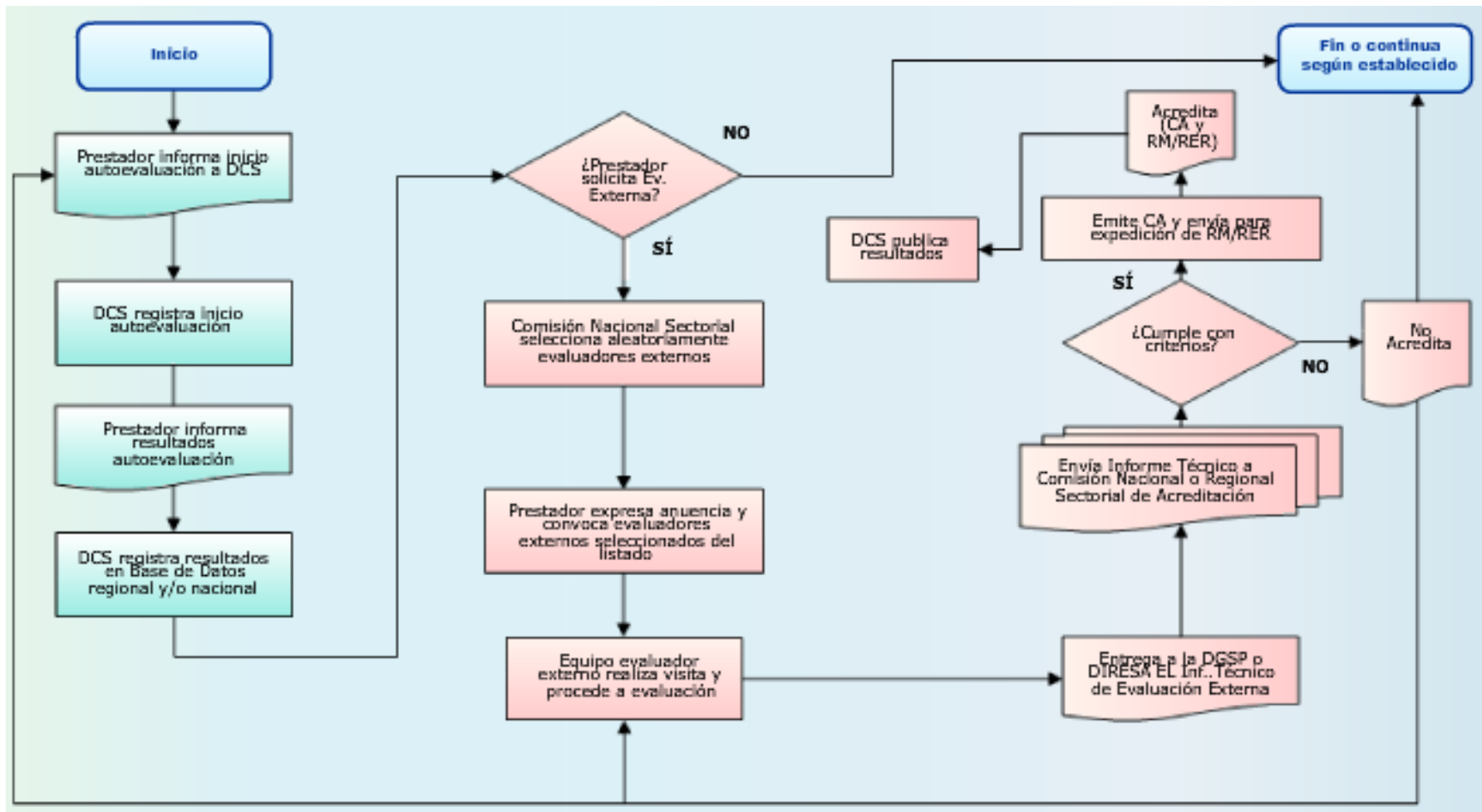
La Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá promover la consecuente implementación de Planes de mejora continua según las recomendaciones priorizadas de los informes técnicos de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- ❖ Anexo 01 Flujograma de Autoevaluación.
- ❖ Anexo 02 Estándares y Criterios de Autoevaluación para Acreditación Nivel III-1
- ❖ Anexo 03 Distribución de Macroprocesos
- ❖ Anexo 04 Equipo de Autoevaluadores
- ❖ Anexo 05 Cronograma de Actividades para la Autoevaluación
- ❖ Anexo 06 Registro de datos de Autoevaluación.
- ❖ Anexo 07 Hoja de Recomendaciones
- ❖ Anexo 08 Matriz de Selección.

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

ANEXO N° 01





ANEXO N° 02

ESTANDARES Y CRITERIOS DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN, CATEGORIA III-1

MACROPROCESOS		N° DE CRITERIOS A EVALUAR
1	Direccionamiento.	11
2	Gestión de recursos humanos.	11
3	Gestión de la Calidad.	22
4	Manejo del riesgo de atención.	50
5	Gestión de seguridad ante desastres.	21
6	Control de la gestión y prestación.	15
7	Atención ambulatoria.	17
8	Atención de hospitalización.	26
9	Atención de emergencias.	14
10	Atención quirúrgica.	24
11	Docencia e Investigación.	15
12	Apoyo diagnóstico y tratamiento.	11
13	Admisión y alta.	16
14	Referencia y contrareferencia.	13
15	Gestión de medicamentos.	15
16	Gestión de información.	14
17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.	17
18	Manejo de riesgo social.	06
19	Manejo de nutrición de pacientes.	10
20	Gestión de insumos y materiales.	08
21	Gestión de equipos e infraestructura.	12
TOTAL		348



ANEXO N° 03

DISTRIBUCIÓN DE MACROPROCESOS Y EQUIPOS RESPONSABLES

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE AUTO EVALUACIÓN DEL HRC 2023		
N°	MACROPROCESO	RESPONSABLE
1	Direccionamiento	
2	Gestión de Recursos Humanos	
3	Gestión de la Calidad	
4	Manejo de riesgo de atención	
5	Emergencia y desastres	
6	Control de la gestión y prestación	
7	Atención ambulatoria	
8	Atención de hospitalización: Cirugía, Gineco obstetricia, maternidad y centro obstétrico.	
9	Atención de hospitalización: Neonato, pediatría, medicina "A", Medicina "B", Medicina "C" Salud Mental, Neurociencias.	
10	Atención de emergencias	
11	Docencia e Investigación	
12	Atención Quirúrgica	
13	Apoyo al diagnóstico y tratamiento.	
14	Admisión y alta.	
15	Referencia y Contra referencia	
16	Gestión de Medicamentos	
17	Gestión de la Información	
18	Esterilización, lavandería y limpieza.	
19	Manejo de Riesgo Social	
20	Manejo de nutrición de pacientes	
21	Gestión de insumos y materiales	
22	Gestión de equipos e infraestructura	



PERÚ

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
CUSCOHOSPITAL REGIONAL CUSCO
Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO 5

ANEXO B: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO DEL PAES: HOSPITAL REGIONAL / GERESA CUSCO 2023

ACTIVIDADES/ MACROPROCESOS	UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA	BIENES, SERVICIOS, ACTIVOS NO FINANCIEROS	UM	META	COSTO UNITARIO s/.	COSTO SUB TOTAL s/.	CRONOGRAMA					PRESUPUESTO			RESPONSABLE DE LA GESTIÓN Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL	
								MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	RO	OTROS	TOTAL		
								SEM 3	SEM 4	SEM 5	SEM 6	SEM 7					
Reunión del Equipo Evaluador: reunión de instalación	ACTA	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit	1	165	-	16/05/ 2021						165,00	-	165,00	<ul style="list-style-type: none"> • Director de la Red/Hospital: Priorizar y autorizar la implementación del Plan. • Jefe de Planificación: Responsable de asignación y certificación del crédito presupuestal. • Jefe de Administración: Adquisición y entrega de bienes, servicios, activos no financieros. • Unidad/ Oficina de Calidad: canalizar el requerimiento.
Reunión del Equipo Evaluador: asignación del Líder/Coordinador/Responsable	ACTA	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit													
Socialización de los resultados 2021	ACTA																
Elaboración/Revisión de Plan de Autoevaluación 2022	PLAN		23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24 Cantidad 03.														
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	ACTA	3	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24 Cantidad 03.	Kit													
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	ACTA	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit	110	30	3.300,00						3.300,00	-	3.300,00		
Presentación del PAES a la Dirección para RD	DOCUMENTO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit													



Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluado/ jefes/ responsables: presentación del Plan y revisión de los estándares.	ACTA	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).																
Remisión de la RD del plan de autoevaluación a la GERESA	DOC UME NTO	1																	
Comunicación del Inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	DOC UME NTO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Papel	Kit	1	10	10,00							10,00	-				
Aplicación del MP: Direccionamiento	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1	505	505,00							505	-		505,00		
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														

- Líder del equipo de autoevaluación: Solicitar el requerimiento.



Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														
Aplicación del MP: Atención extramural	REGIS TRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadores 20 uni; USB 32 GB 24, cantidad 10.	kit	1														
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Atención de Emergencia	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Docencia e Investigación	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit	600	30	18.000,00							18000	-			18.000,00	
Aplicación del MP: Admisión y Alta	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	REGIS TRO	1	23.1.5.1; 23.1.5.1.99; 23.1.6.1; 23.1.6.1.99; 23.1.2.1.2; 23.1.8: Equipo de Protección Kit (según norma).	kit															
Aplicación del MP: Gestión de la Información	REGIS TRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tab let															
Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza	REGIS TRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tab let	20	1300	26.000,00							26000	-			26.000,00	
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	REGIS TRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tab let															



Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet															
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet															
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	REGISTRO	1	26.3.2.3.1: Equipo computacional- Tablet de 64 GB, 4 RAM.	Tablet															
Procesamiento de Datos	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadros 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit	1	115													
Análisis de resultados	REGISTRO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadros 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit															
Elaboración del Informe técnico	INFORME	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadros 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit															
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	INFORME	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadros 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit															
Levantamiento de Observaciones (siempre que exista, de la unidad/ Oficina de calidad o la dirección)	INFORME	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadros 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit	1	165													
Entrega del informe técnico final.	DOCUMENTO	1	23.15.1 Material y Útiles Kit: Accesorio de Equipo 01; Papel 80g X mil 01; Lapicero una caja de 50 uni 01; Archivadros 02 uni; USB 32 GB 24 cantidad 02.	Kit	1														
							115,00												
														115	-			115,00	



PERÚ

Ministerio
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Oficina de Gestión de la Calidad



Costo Total

47.930,00

48.095,
00



ANEXO N° 06

HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:					
<hr/>					
MACROPROCESO:					
<hr/>					
EVALUADOR (ES):					
<hr/>					
FECHA:					
<hr/>					
SERVICIOS EVALUADOS:					
<hr/>					
PARTICIPANTES DE LA EVALUACION:					
<hr/>					
CODIGO DEL ESTANDAR:					
<hr/>					
Código	Criterios de Evaluación	Puntaje	Fuentes Auditables	Técnica de Evaluación a Utilizar	Sustento de puntaje comentarios



PERÚ

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 07
HOJA DE RECOMENDACIONES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	_____
MACROPROCESO:	_____
EVALUADOR (ES):	_____
FECHA:	_____
SERVICIOS EVALUADOS:	_____

CODIGO	CRITERIO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES



ANEXO N° 08
MATRIZ DE SELECCIÓN

Problemas de Interés	Frecuencia	Importancia	Vulnerabilidad	Total

La calificación se realiza en la escala de 1 al 3. El total de las filas se obtiene multiplicando cada monto.

Escalas de calificación:

- 1- No
- 3- Sí