



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Dirección
Ejecutiva



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

INFORME N° 746 -2025 -GR-GERESA/HRC-DE.

A : Med. Jorge Omar Farfán Ochoa
Gerente Regional de Salud Cusco

DE : Med. Alberto Lino Caro Palavicini.
Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco.

ASUNTO : Informe Técnico Final de Autoevaluación 2025 Hospital de Apoyo Departamental Cusco

ATENCIÓN : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria

FECHA : Cusco, 28 de noviembre de 2025

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y poner en su conocimiento el Informe Técnico Final de Autoevaluación 2025, del Hospital de Apoyo Departamental Cusco, el mismo que se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica (DRIVE)

https://drive.google.com/drive/folders/1ZKCGiyHScvHPTv1_YDEGdwA7jHwax5eg?usp=drive_link

Es cuanto informo a usted y sin otra particularidad hago propicia la ocasión para expresarle mi muestra de especial consideración.

Atentamente,



GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
M. C. Alberto Lino Caro Palavicini
DIRECTOR EJECUTIVO
CIRE 18226 - RAR0183



C.c. Archivo
LAFitan
C-28/11/25

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

INFORME N° 013 -2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-OGC-UMC/LAE

A : Med. Alberto Lino Caró Palavicini
Director Ejecutivo del Hospital Regional de Cusco

DE : Obsta. Lisseth Ascue Escalante
Responsable del proceso de Autoevaluación

ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO FINAL DE AUTOEVALUACION
CORRESPONDIENTE AL AÑO

FECHA : Cusco 28 de noviembre de 2025

Previo un cordial saludo, mediante la presente me dirijo a usted con la finalidad de informar que en Marco a:

- RM N° 270-2009-MINSA que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos del Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- RD N° 110-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH que aprueba Conformar el Equipo de Autoevaluación del Hospital Regional de Cusco año 2025
- RD N° 300-2025-GORE cusco-GRSC-HRC/UGRH que aprueba "Plan de Autoevaluación para Acreditación"
- En mi condición de Secretaria del Equipo Autoevaluador, cumplí a cabalidad las responsabilidades asignadas y enmarcadas en la normativa vigente.
- Llegando en este proceso de Autoevaluación para Acreditación al **83.15%**
- Se recomienda remitir dicho informe a la GERESA, para cumplir con el compromiso asumido y como evidencia del trabajo realizado, el mismo que se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica (DRIVE)
https://drive.google.com/drive/folders/1ZKCGiyHScvHPTv1_YDEGdwA7jHwax5eq?usp=drive_link

Es cuanto informo a usted para su conocimiento, haciendo propicia la ocasión de reiterarle mi consideración y aprecio personal.

Atte.



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
 OBSTETRA
 CIP 36002





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL DE CUSCO

INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACIÓN 2025



DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO

MED. ALBERTO LINO CARO PALAVICINI

JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

MED. KATIANA HUACAC CACERES

RESPONSABLE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION

OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE

2025



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



CONTENIDO

1. Introducción
2. Presentación
3. Objetivos
4. Alcance
5. Metodología de la evaluación
6. Cumplimiento del Plan de Autoevaluación
7. Observaciones
8. Puntaje final
9. Conclusión
10. Recomendaciones
11. Anexos
12. Anexos



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



INFORME TECNICO AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION 2025 HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO

1. INTRODUCCION

Los Establecimientos de Salud deben evaluar continuamente la calidad de la atención de Salud que se brinda a la población en general, con el fin de identificar y corregir las deficiencias en los procesos de atención que se brinda a la población.

El Hospital Regional de Cusco, consciente de su responsabilidad de brindar servicios de calidad reconoce la importancia de ser parte del proceso de Autoevaluación que nos llevará a la Acreditación.

La Oficina de Gestión de la Calidad es un componente importante para la gestión y tiene por finalidad mejorar continuamente la calidad de servicios de atención que se brinda.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de la Calidad, ha regulado el proceso de Acreditación mediante la Norma Técnica N° 050-MINSA / DGSP-V.02 aprobada el 04 de junio del 2007, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, 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 el nivel de complejidad cuentan con capacidad para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de Estándares Nacionales.

Luego de la aprobación de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en el Perú son 10 los Establecimientos de Salud Acreditados entre el MINSA, ES SALUD Y PRIVADOS, desde el 2019, 2020, 2021, 2024 y para este año 2025 Acreditaron dos Establecimientos de Salud El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja y el Centro Médico Ancije, de la Red Prestacional Almenara (ES SALUD)

La Gerencia Regional de Salud Cusco no cuenta con ningún Establecimiento de Salud Acreditado, sin embargo se viene realizando acciones de mejora de capacidades para el desarrollo de la Autoevaluación que indirectamente la información validada sirva para el proceso de Acreditación.

El Hospital Regional de Cusco tiene como objetivo principal cumplir actividades en marco de desarrollar procesos de mejoramiento continuo donde el proceso de Acreditación da inicio a la conformación oficial del Equipo de Acreditación.

1.1. MISION

El Hospital Regional de Cusco brinda atención integral de salud especializada a la persona, con potencial humano calificado, con enfoque recuperativo y de rehabilitación, preventivo promocional respetando creencias y costumbres en todas las etapas de su vida.

1.2. VISION

El Hospital Regional de Cusco es una Institución de referencia Macro Regional acreditada en el Nivel III-1, brinda atención de salud basada en principios de universalidad, equidad y solidaridad con enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, contribuyendo al desarrollo integral de la Región y del país.

1.3. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO

El 17 de diciembre de 1954, se inicia con los trabajos de factibilidad con proyectos para la construcción del Hospital, realizando la construcción una empresa Alemana a través del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social iniciando con la construcción en el gobierno del Presidente Manuel Prado Ugarte siendo Ministro de Salud el Dr. Javier Arias Stella, inaugurándose el 23 de junio de 1964 en el primer periodo del Arquitecto Fernando Belaunde Terry entrando en funcionamiento el primero de octubre del mismo año. Siendo el Director del Hospital el Dr. Guillermo Díaz Lira, nombrado desde el Ministerio de Salud.

El Hospital empezó a funcionar con 25 médicos, 12 licenciadas en enfermería, 60 personal técnico y con un total de 366 camas.

El proceso de Autoevaluación se da inicio de manera continua desde el año 2021, donde año a año observamos que los resultados de dicho proceso van en progreso llegando para este año al 83.15%.

El Hospital Regional de Cusco, es un Establecimiento de salud con categoría III-1 con Resolución Directoral N° 508-2005-DRSC-DEGRHH.

Actualmente se encuentra en la Dirección Ejecutiva el Med. Alberto Lino Caro Palavicini y en la Sub Dirección la Med. Sábina Gamarra Molina.

1.4. EL HOSPITAL TIENE LOS SIGUIENTES TITULOS

- Hospital amigo de la madre y del niño otorgado por la UNICEF
- El Hospital fue Certificado como Establecimiento de Salud Amigo de la Madre, la Niña y el Niño con Resolución Gerencial Regional N° 01553-2022-GR CUSCO/GERESA, de fecha 30/12/2022
- Hospital de referencia
- Hospital asociado al Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)
- Unidad Ejecutora de Apoyo Departamental Cusco
- El Hospital es un Centro especializado responsable de la promoción y apoyo a la Lactancia Materna RD N° 688-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 23/09/2025 (proyecto de mejora sistematización digital de la nutrición neonatal banco de leche)

1.5. CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES Y ORGANICAS DEL HOSPITAL

El Hospital es un órgano desconcentrado de Gerencia Regional de Salud de Cusco, prestadora de servicio de salud, centro de referencia Regional con personal calificado en las diferentes especialidades.

El Hospital ejerce su jurisdicción en el ámbito de la Región Cusco y desarrolla sus actividades como centro de referencia de las principales redes de la Región y Macroregión (Arequipa, Abancay, Puno, Puerto Maldonado)

El Hospital Regional para cumplir su Misión y lograr sus objetivos funcionales tiene la siguiente estructura orgánica.

a) GERENCIA REGIONAL DE SALUD

b) ORGANO DE DIRECCION

Dirección Ejecutiva

c) ORGANO DE CONTROL

Órgano de control Institucional



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



d) COMITÉ DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

e) ÓRGANO DE ASESORAMIENTO

Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

Oficina de Inteligencia Sanitaria

Oficina de Gestión de la Calidad

Unidad de Asesoría Legal

f) ÓRGANO DE APOYO

Oficina de Administración

Unidad de Gestión de Recurso Humano

Unidad de Economía

Unidad de Logística

Unidad de Control Interno

Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales

Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación

Oficina de Seguros, Convenios, Referencias y Contrareferencias

Unidad de Comunicación e Imagen Institucional

Unidad de Potencial de Desarrollo Humano

g) ÓRGANOS DE LÍNEA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Servicio de Medicina Interna

Servicio de Medicina Especialidades

Servicio de Salud Mental

Servicio de Nefrología y Hemodiálisis

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Servicio de Obstetricia

Servicio de Ginecología

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA

Servicio de Pediatría

Servicio de Neonatología

Servicio de Banco de Leche



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Servicio de Cirugía General
Servicio de Cirugía Especializada
Servicio de Traumatología y Ortopedia
Servicio de Neurocirugía
Servicio de Quemados

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION

Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Servicio de Cirugía Ambulatoria
Servicio de Recuperación, post Anestesia y Reanimación

DEPARTAMENTO DE ODONTO ESTOMATOLOGIA

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

Servicio de Emergencia
Servicio de Traumashock
Servicio de Cuidados Intensivos
Servicio de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales

DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO

Servicio de Patología Clínica
Servicio de Anatomía Patológica
Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Servicio de Banco de Sangre y Hemoterapia

DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO

Servicio de Farmacia
Servicio de Nutrición y Dietética
Servicio Social

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Servicio de Enfermería en Hospitalización
Servicio de Enfermería en Consulta Externa
Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos
Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico y Central de Esterilización

1.6. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios que el Hospital Regional de Cusco ofrece es tal como sigue en el siguiente cuadro

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO, CATEGORIA III-2023				
NIVEL DE ATENCION		III-1		
UPSS		PRESTACIONES		EXISTE
UNIDADES PRODUCTORAS DE SERVICIOS DE SALUD				
UPSS DE ATENCION DIRECTA	CONSULTA EXTERNA		SI	
	EMERGENCIA		SI	
	HOSPITALIZACION		SI	
	CENTRO OBSTETRICO		SI	
	CENTRO QUIRURGICO		SI	
	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	INTENSIVOS	GENERAL	SI
			NEONATAL	SI
		INTERMEDIO	GENERAL	SI
			NEONATAL	SI
UPSS DE ATENCION DE SOPORTE	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION		SI	
	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES		SI	
	PATOLOGIA CLINICA		SI	
	ANATOMIA PATOLOGICA		SI	
	FARMACIA		SI	
	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE		SI	
	HEMODIALISIS		SI	
	NUTRICION Y DIETETICA		SI	
	CENTRAL DE ESTERILIZACION		SI	
FUENTE: Resolución Gerencial Regional N° 1001-2023-GR CUSCO/GERESA 25 de agosto del 2023				

1.7. CATEGORIA Y NIVEL DE ESPECIALIDAD

El Hospital Regional de Cusco se encuentra categorizado como Hospital de Categoría III-1 del tercer nivel de atención según Resolución otorgado por la GERESA Cusco

1.8. PERSONAL

El Hospital Regional de Cusco cuenta con un total de 1540 trabajadores bajo distintas modalidades

RECURSO HUMANO	Nº	%
NOMBRADOS	941	60.9%
CAS	604	39.1%
TOTAL	1545	100 %



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



2. PRESENTACION

El Hospital Regional de Cusco, es un Establecimiento de referencia de las Regiones de Arequipa, Puno, Madre de Dios y específicamente para lo que es apoyo al diagnóstico y tratamiento de las Regiones de Apurímac, Moquegua, Arequipa y Madre de Dios.

El proceso de Autoevaluación se realiza anualmente con el único objetivo de Acreditar teniendo como finalidad calificar el total de los 21 Macroprocesos evaluados en el Establecimientos de Salud y evidenciar el cumplimiento de dichos estándares.

El proceso de Autoevaluación 2025, se dio inicio desde el 08 de setiembre hasta el 24 de octubre del 2025 obteniendo una puntuación del 83.15% lo que significa que el resultado final es **NO APROBADO**, y de acuerdo a la Norma Técnica indica que en 6 meses se tiene que subsanar y continuar con el proceso de Autoevaluación.

El proceso de Autoevaluación se llevó a cabo de acuerdo a los objetivos establecidos en el Plan de Autoevaluación 2025, aprobado con Resolución Directoral N° 300-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH de fecha 14 de abril del 2025 siguiendo la metodología de la Norma Técnica de Acreditación realizando análisis documental, muestreo, encuestas y los resultados fueron procesados mediante el Aplicativo de Acreditación.

El Equipo Autoevaluador del Hospital de Apoyo Departamental Cusco, es responsable del desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos dentro del proceso de Autoevaluación que se desarrolla en toda la Institución, según las siguientes bases legales.

- Ley N° 26842, Ley general de salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, decreto que aprueba la ley 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 del Aseguramiento Universal en Salud.
- DS N° 013-2006-SA, que aprueba el reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 405-2005/MINSA, reconocen que las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única autoridad en Salud de cada Gobierno Regional.
- RM N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico de sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 727-2009/MINSA, aprueba el documento técnico de Política Nacional de Calidad en Salud.
- RM N° 2007/MINSA, 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° 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.
- RM N° 270-2009/MINSA, aprueba la guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- RM N° 370-2009/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 51-MINSA/DGSP V.01, Directiva Administrativa que regula la organización y funciones de las comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 021-2022-SA, establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir durante el año.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el proceso de Autoevaluación para determinar el grado de cumplimiento de los criterios de evaluación, establecida por el Ministerio de Salud, de esta manera mejorar la calidad de servicios, recurso y tecnología mediante el desarrollo de cultura de calidad de acuerdo a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el puntaje de cumplimiento y el grado de los estándares de los 21 macroprocesos.
- Ejecutar proyectos de mejora continua en las áreas susceptibles de mejora.
- Identificar los procesos críticos en la atención que brinda el Hospital y alcanzar las recomendaciones a los responsables a fin de poder lograr las mejoras y obtener puntaje aprobado en las siguientes evaluaciones.

4. ALCANCE

- Hospital Regional de Cusco es un Establecimiento de salud de alta complejidad con **Categoría III-1** con Resolución Directoral N° 508-2005-DRSC-DEGRRHH, que brinda atención médica especializada y de referencia a la población Cusqueña y Regiones aledañas.
- Actualmente se encuentra en la Dirección Ejecutiva el Med. Alberto Lino Caro Palavicini y en la Sub Dirección la Med. Sábina Gamarra Molina.
- El proceso de Autoevaluación comprende a todas las Unidades orgánicas y funcionales del Hospital abordando a cada uno de ellos de acuerdo a los Macroprocesos ya sean Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo

5. METODOLOGIA DE LA EVALUACION

La Autoevaluación es la fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, donde se cuenta con un equipo autoevaluador interno, haciendo uso del listado de estándares, usando las siguientes técnicas durante el proceso.

- **VERIFICACION.-** Se acudió a cada departamento, unidad, área y oficina para obtener información y analizar los registros e informes.
- **OBSERVACION.-** Se observó el desenvolvimiento del personal en los lugares de trabajo, relación del usuario interno con el usuario externo.
- **ENTREVISTA.-** Se realizó entrevistas para evidenciar la documentación requerida y poder determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACION

- Conformación del Equipo de Acreditación RD N° 177-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH, de fecha 06 de febrero del 2025.
- Conformación del Equipo de Autoevaluación, RD N° 110-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH, de fecha 06 de febrero del 2025.
- Conformación del Plan de Autoevaluación, RD N° 300-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH de fecha 14 de abril 2025.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



- Reunión de apertura con el equipo Autoevaluador.
- Cumplimiento al plan de Autoevaluación.
- Comunicado de inicio de proceso de Autoevaluación para la Acreditación 2025 a GERESA.
- Reunión de cierre del proceso de Autoevaluación, para presentar los resultados obtenidos en cada macroproceso.
- Realización del informe técnico de resultados de Autoevaluación 2025.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



6. EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
1	MARINA ANTONIETA OCHOA LINARES	MEDICO	JEFA DE LA OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA
2	VALMI MIRIAN LUNA FLORES	MEDICO	JEFA DEL SERVICIO DE PATOLOGIA
3	YLENIA MORON MENDOZA	MEDICO	MEDICO DE OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
4	KELY NINA ABRILL	CIRUJANO DENTISTA	C.D. DPTO ODONTOESTOMATOLOGIA
5	ELLEN PALACIOS GONZALES	QUIMICO FARMACEUTICO	Q.F. DEL SERVICIO DE FARMACIA
6	EDISON SANCHEZ QUINTANA	QUIMICO FARMACEUTICO	Q.F. DEL SERVICIO DE FARMACIA
7	GLADYS CRISTINA MONTES PAREDES	OBSTETRA	OBSTETRA DEL PROGRAMA PPR CANCER CU
8	LISSETH ASCUE ESCALANTE	OBSTETRA	RESPONSABLE DE AUTOEVALUACION
9	EUNICE ALVAREZ ROJAS	LIC. EN ENFERMERIA	SUPERVISORA DE HOSPITALIZACION
10	RUTH NATALY SALCEDO CORDOVA	LIC. EN ENFERMERIA	ENFERMERA DE CENTRAL DE ESTERILIZACION
11	PATRICIA GARCIA ROMERO	LIC. EN ENFERMERIA	ENFERMERA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
12	DARWIN ALFONSO FIGUEROA ZUÑIGA	LIC. EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	COORDINADOR DE PREVENCIÓN, CONTROL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
13	JAIME ALBERTO CUTIRE ARCE	LIC. EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	INTEGRANTE DE LA UNIDAD DE INFORMACION PARA LA CALIDAD
14	JULIO CESAR GIRALDO GOMEZ	LIC. EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN	RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN E IMAGEN INSTITUCIONAL
15	ROSARIO MARLENE BOMBILLA PUMA	ASISTENTA SOCIAL	JEFA DE SERVICIO SOCIAL
16	FREDY SALCEDO ABARCA	INGENIERO QUIMICO	RESPONSABLE DE RESIDUOS SOLIDOS
17	NANCY FRIDA CCOLLATUPA CABRERA	LIC. EN ESTADISTICA	RESPONSABLE DE INFORMATICA



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



7.1 RESPONSABLES POR MACROPROCESOS DE AUTOEVALUACION 2025

Nº		MACROPROCESO	RESPONSABLE	EQUIPO AUTOEVALUADOR
1	DIR	DIRECCIONAMIENTO	MED. MARINA OCHOA LINARES	MED. MARINA OCHOA LINARES
2	GRH	GESTION DE RECURSO HUMANO		MED. MARINA OCHOA LINARES
3	ADT	APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO		MED. MARINA OCHOA LINARES OBST. LISSETH ASCUE ESCALANTE
4	GCA	GESTION DE LA CALIDAD	LIC. NATALY SALCEDO CORDOVA	LIC. NATALY SALCEDO CORDOVA OBSTA. GLADYS MONTES PAREDES
5	MRS	MANEJO DE RIESGO SOCIAL		LIC. NATALY SALCEDO CORDOVA
6	CGP	CONTROL DE GESTION Y PRESTACION		LIC. NATALY SALCEDO CORDOVA MED. VALMI LUNA FLORES
7	MRA	MANEJO DE RIESGO DE LA ATENCION	OBST. LISSETH ASCUE ESCALANTE	OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE LIC. ROSARIO BOMBILLA PUMA
8	ATA	ATENCION AMBULATORIA		OBST. LISSETH ASCUE ESCALANTE CD. KELLY NINA ABRIL
9	ATH	HOSPITALIZACION (CIR. A, CIR. B, NEONATOLOGIA, SALUD MENTAL, DPTO GINECO OBSTETRICIA)		OBST. LISSETH ASCUE ESCALANTE LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO
10	DDE	DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION		OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE Q.F. EDISON SANCHEZ QUINTANA
11	NYD	NUTRICION Y DIETETICA		ING. FREDY SALCEDO ABARCA OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE
	ATH	HOSPITALIZACION (MED. A, MED. B, MED. C, NEUROCIENCIAS, PEDIATRIA)	LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO	LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO OBST. LISSETH ASCUE ESCALANTE
12	ATQ	ATENCION QUIRURGICA		LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO MED. YLENIA MORON MENDOZA
13	EMG	ATENCION DE EMERGENCIA	MED. YLENIA MORON MENDOZA	MED. YLENIA MORON MENDOZA LIC. ROSARIO BOMBILLA PUMA
14	DIV	DOCENCIA E INVESTIGACION	MED. VALMI LUNA FLORES	MED. VALMI LUNA FLORES MED. YLENIA MORON MENDOZA
15	ADA	ADMISION Y ALTA	LIC. JAIME CUTIRE ARCE	LIC. JAIME CUTIRE ARCE OBST. GLADYS MONTES PAREDES
16	RCR	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	LIC. FRIDA COLLATUPA CABRERA	LIC. FRIDA COLLATUPA CABRERA LIC. JULIO CESAR GIRALDO GOMEZ
17	GMD	GESTION DE MEDICAMENTOS	ING. FREDY SALCEDO ABARCA	ING. FREDY SALCEDO ABARCA MED. VALMI LUNA FLORES
18	GIN	GESTION DE LA INFORMACION	QF. ELLEN PALACIOS GONZALES	QF. ELLEN PALACIOS GONZALES
19	GSD	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRE		QF. ELLEN PALACIOS GONZALES LIC. JAIME ALBERTO CUTIRE ARCE
20	GIM	GESTION DE INSUMO Y MATERIAL		LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA
21	EIF	GESTION DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA	LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA	LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA MED. VALMI LUNA FLORES



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



7.2 EQUIPO DE ACREDITACION 2025

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESION	CARGO
1	MED. CARLOS ENRIQUE GAMARRA VALDIVIA	MEDICO	DIRECTOR EJECUTIVO
2	C.P.C. DANILO PALOMINO FERNANDEZ	CONTADOR	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
3	MED. MARINA ANTONIETA OCHOA LINARES	MEDICO	JEFE DE LA OFICINA INTELIGENCIA SANITARIA
4	MED. KATIANA HUACAC CACERES	MEDICO	JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
5	MED. RENAN RAMIREZ VARGAS	MEDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
6	MED. MANUEL MONTOYA LIZARRAGA	MEDICO	JEFE DEL DPTO MEDICINA ESPECIALIDADES
7	MED. ALDO VALLENAS YANQUIRIMACHI	MEDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
8	MED. WILBERT CARDENAS ALARCON	MEDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
9	MED. ERWIN LUNA CAMPANA	MEDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
10	MED. JOSE LUIS LOAYZA MOSCOSO	MEDICO	JEFE DEL DPO DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION
11	MED. CHARLYE PARI CALLER	MEDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
12	MED. NASHIA SANCHEZ CONDORI	MEDICO	JEFE DEL DPTO DE ONCOLOGIA
13	MED. MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ	MEDICO	JEFE DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
14	MED. JUAN MANUEL LOPEZ AGUILAR	MEDICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL DIAGNOSTICO
15	Q.F. VLADIMIR LIZARRAGA MORALES	QUIMICO FARMACEUTICO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO
16	SOLEDAD GARAYAR ESQUIVEL	MEDICO	JEFE DE CONSULTORIOS EXTERNOS
17	MED. ALEXANDRA DELGADO LAZARO	MEDICO	JEFA DE LA OFICINA DE SEGUROS, CONVENIOS, REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIA
18	OBSTA. MARIA HERRERA OVALLE	OBSTETRA	JEFA DE OBSTETRAS
19	LIC. SONIA LAZO VALER	LIC. ENFERMERA	JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
20	MED. MARIA ELENA SALAS GALINDO	MEDICO	JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION
21	ABOG. MARIA CLEOFE DELGADO QUIÑONES	ABOGADO	JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE RECURSO HUMANO
22	C.P.C. SONIA ZARATE DALENS	CONTADORA	JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
23	ERNESTO TORVISCO VIVANCO	INGENIERO METALURGICO	JEFE DE LA UNIDAD DE MANTENIMIENTO



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



7. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION

Se desarrolló el Plan de Autoevaluación para poder realizar sus acciones durante el año 2025, que fue aprobado con RD N° 300-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH, dando inicio a la Autoevaluación desde el 08 de setiembre al 24 de octubre del presente año, realizando dicho proceso en todos los servicios de hospitalización, áreas, unidades y oficinas, dando cumplimiento a lo programado durante el año. Llegando a un 83.15% de resultado del proceso de Autoevaluación 2025, posteriormente se pasa la información final del proceso a la GERESA.

7.1. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION.- El plan esta dividido en

- **Organización.-** Aprobación del Equipo de Acreditación 2025 con RD N° 107-2025-GORE.CUSCOGRSC-HRC/UGRH, **CONFORMAR EL EQUIPO DE ACREDITACION** del Hospital de Apoyo Departamental Cusco, periodo 2025.
- **AUTOEVALUACION.-** Es el desarrollo del proceso de Autoevaluación 2025 que se dio inicio desde el 08 de setiembre al 24 de octubre del 2025, realizando el llenado de registro y hoja de recomendaciones.

8. OBSERVACIONES

- Falta de compromiso de los jefes de departamento, servicios, áreas, unidades y oficinas durante el proceso de la Autoevaluación.
- Falta de implementación de equipo de Auditoria en los diferentes servicios de hospitalización.
- Con respecto a Guías de Práctica Clínica, hubo realización inoportuna en dicho macropceso, razón por la cual se mantienen con la puntuación de 0, esperando para el 2025 se pueda llegar a cumplir este macropceso.
- Para la realización del informe técnico final, se tuvo reunión con el equipo de Autoevaluación y la dirección ejecutiva y administrativa del Hospital, donde se da un alcance del macroproceso con puntuación mas baja, con la finalidad de levantar las observaciones y de este modo poder cumplir con la meta.

9. PUNTAJE FINAL

- Luego de haber concluido con el proceso de Autoevaluación 2025, se realiza el vaciado de información a la DATA del Sistema de Evaluación de Acreditación.
- En conformidad a la Norma Técnica, se pasó la meta respecto al resultado del año 2024 (75.81%)
- El puntaje final obtenido en el proceso de Autoevaluación para la Acreditación es de 83.15%.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



10. CONCLUSIONES:

- En base al cumplimiento en el proceso de Autoevaluación 2025 del Hospital de Apoyo Departamental de Cusco, cumplió con la meta puesta por el ente superior, pero sin embargo no se llegó al 85% para que la Institución pueda Acreditar, quedando todavía un arduo trabajo para el año 2026 y el compromiso continuo del Equipo Autoevaluador.
- Se cumplió el proceso de Autoevaluación 2025, obteniendo un puntaje final de 83.15%, siendo el resultado final **NO APROBADO**.
- El macroproceso que llama la atención es el Macro proceso de Gestión de Insumo y Material con un porcentaje del 26.92%, esto debido a que no se cuenta con el plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios, plan anual de adquisiciones, manual de buenas prácticas de almacenamiento de insumos y materiales, manuales de procedimiento para el control de insumo y material, informe de requerimiento de bienes de gestión de equipo e infraestructura.

11. RECOMENDACIONES

- Debe haber mayor compromiso del Equipo de Acreditación en este proceso para de esta manera llegar al porcentaje óptimo (85%) y así poder Acreditar.
- Recomendar a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional que es muy importante dar continuidad a las jefaturas de estas áreas críticas ya que no hay continuidad en el trabajo y el resultado es la falta de cumplimiento de documentos que se tiene por hacer, tal es el caso del macro proceso de Gestión de Insumo y Material.
- En coordinación con la Dirección Ejecutiva, los jefes de servicio y departamento que sean cambiados deben entregar toda la documentación pertinente con respecto al proceso de Autoevaluación.
- Comprometer a los jefes de departamento, de servicios, áreas, oficinas y unidades para cumplir con todo lo que se solicita en dicho proceso.
- En coordinación con la Dirección Ejecutiva, los jefes de departamentos, servicios, áreas y oficinas deberían estar más comprometidos con este proceso y se debe tomar acciones necesarias para dar cumplimiento a cada uno de los macro procesos y de esta manera mejorar el puntaje obtenido
- Sensibilizar a todo el personal que labora en nuestra Institución sobre la importancia de este proceso.



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



ANEXOS



Establecimiento : 00002289-HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
Tipo de Establecimiento : III-1
Sector : AutoEvaluación
Año : 2025
Número de registro : 1

						MACROPROCESO			CATEGORÍAS		
						Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Máx. x categoría	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%
Acción de recursos humanos	11	6	4	1	11	54.72	53.11	97.06	222.64	202.13	90.79
Atención de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	47.88	100.00			
Atención de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	9.77	71.43			
Atención de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	34.20	30.91	90.38			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	38.30	80.00			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	254.45	204.64	80.42
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	31.92	66.87			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	44.10	92.11			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	38.71	80.85			
Atención e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	28.50	83.33			
Atención diagnóstica y terapéutica	11	1	9	1	11	17.10	17.10	100.00	159.03	122.18	76.83
Atención y alta	16	3	7	6	16	17.10	15.63	91.43			
Atención y contrarreferencia	10	6	1	3	10	17.10	17.10	100.00			
Atención de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	13.81	80.77			
Atención de la información	14	6	7	1	14	17.10	11.15	65.22			
Atención de contaminación, Limpieza, Infección y Esterilización	17	7	8	2	17	17.10	9.73	56.90			
Atención de riesgo social	8	2	3	1	8	17.10	17.10	100.00			
Atención y dietética	10	4	5	1	10	17.10	15.09	88.24			
Atención de insumos y materiales	8	4	3	1	8	17.10	4.60	26.92			
Atención de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	10.06	58.82			
Total	342	134	167	41	342	636.12	530.28		636.12	528.95	
									Puntaje Final (%)	83	

RESULTADO FINAL

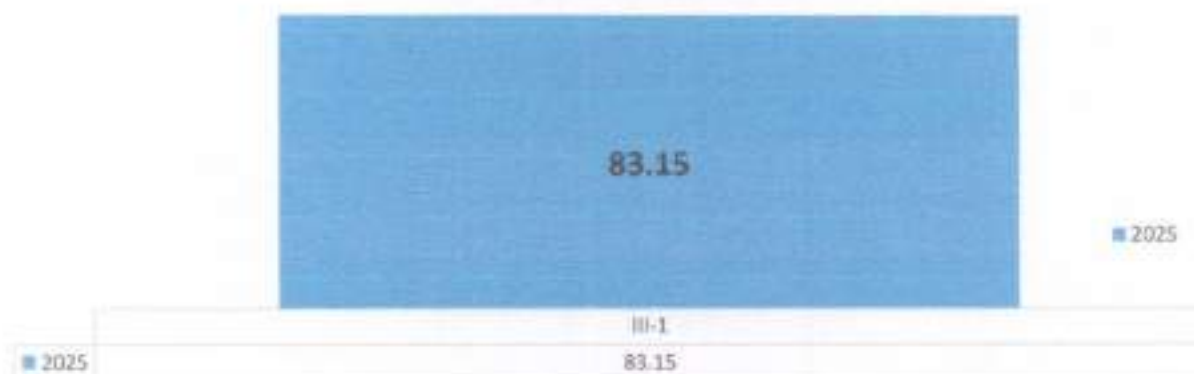
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)

Calificaciones :
NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 9 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)



RESULTADO FINAL AUTOEVALUACION: Como lo establece la Norma Técnica de Salud N°050-MINSADGSP-v.023 para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo se consideran Establecimientos de Salud aprobado con un puntaje mayor o igual a 85% del cumplimiento total de criterios establecidos en el listado de estándares de Acreditación para solicitar la evaluación externa. El puntaje obtenido en el Hospital de Apoyo Departamental de Cusco III-1, realizado desde el 08 de setiembre al 24 de octubre del 2025 es de 83.15%, tal como se observa en el siguiente cuadro

RESULTADO AUTOEVALUACION 2025



RESULTADO TOTAL DE AUTOEVALUACION POR AÑOS: Como se observa en el siguiente cuadro desde el año 2021 a la fecha los resultados van aumentando progresivamente siendo el resultado final de 83.15% para el año 2025, faltando un 2% para poder acreditar



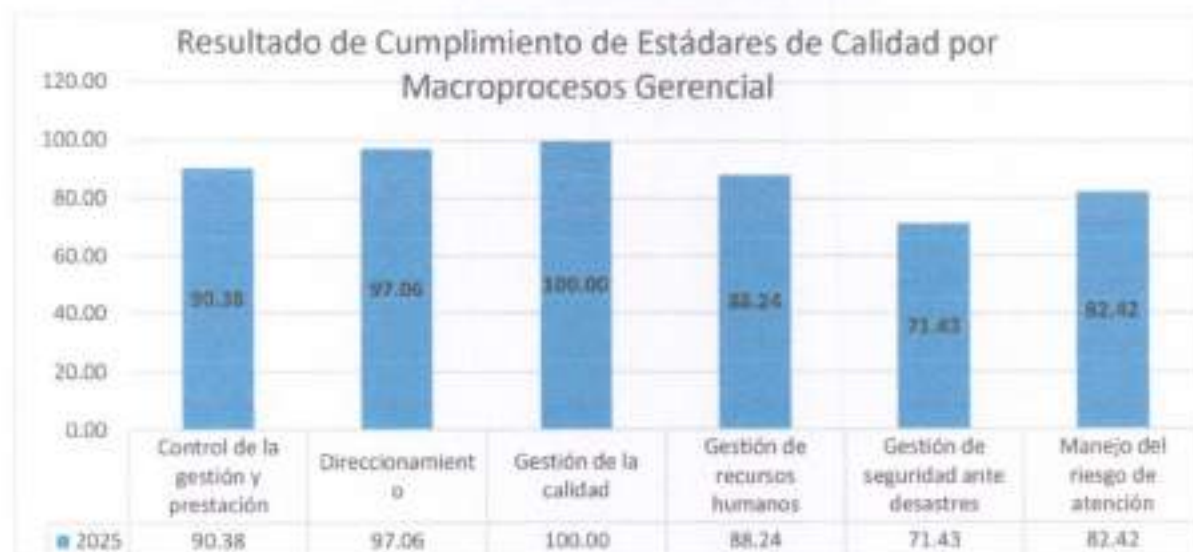
RESULTADO DE CUMPLIMIENTO POR CATEGORIAS 2025

CATEGORIA DE APOYO 2025: Observamos que en esta Categoría se tiene diez macroprocesos de los cuales, tres macroprocesos llegaron al 100% siendo el Departamento de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de Referencia y Contrarreferencia y Servicio Socia.

Lo que llama la atención en esta categoría por estar con un porcentaje por debajo de 50% es el macroproceso de Gestión de Insumo y Material que alcanzó el 26.92%



CATEGORIA GERENCIAL 2025: En el siguiente grafico observamos que de los seis macroprocesos que corresponde, solo un Macroproceso llego al 100%, los otros macroprocesos están por encima del 50%, siendo el más bajo el macroproceso Gestión de Seguridad ante desastres llego al 71.43%



CATEGORIA PRESTACIONAL 2025: Observamos que esta Categoría tiene cinco macroprocesos, los cuales se encuentran con un porcentaje mayor a 66%, siendo el macroproceso con mayor porcentaje Atención de Emergencias con 92.11%

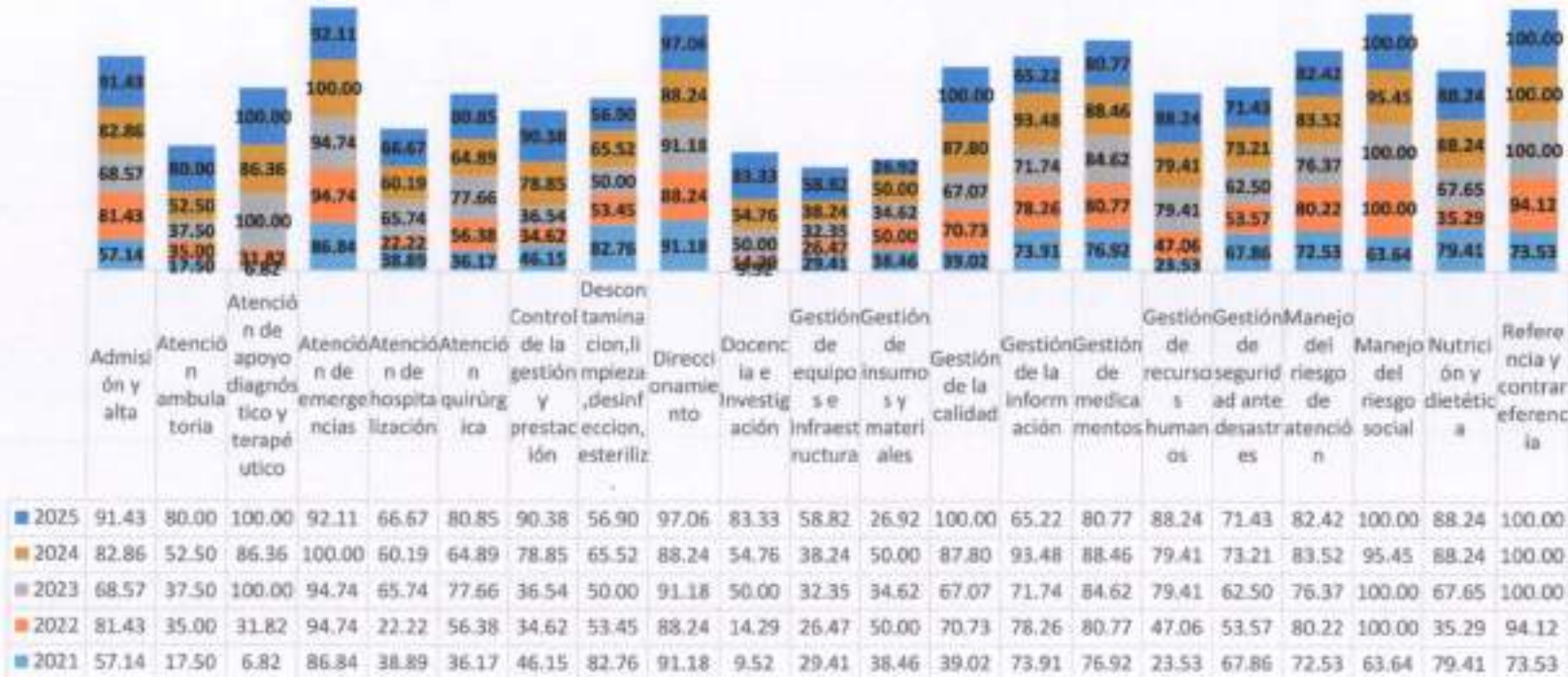


RESULTADOS DE ESTÁNDARES DE CALIDAD POR MACROPROCESOS DESDE EL AÑO 2023 AL 2025: En el siguiente cuadro se evidencia que desde el inicio de la Autoevaluación (2021) al presente año 2025 hay un aumento progresivo año a año y los macroprocesos que llegan al 100% son Atención de apoyo al diagnóstico y terapéutico, Gestión de la calidad, Manejo de riesgo social y Referencia y contrarreferencia. Llamando la atención el macroproceso Gestión de insumo y material con un 26.92%



RESULTADOS DE ESTANDARES DE CALIDAD POR MACROPROCESOS DESDE LOS AÑOS 2021 AL 2025: En el siguiente cuadro se evidencia que desde el inicio de la Autoevaluación (2021) al presente año 2025 hay un aumento progresivo año a año y los macroprocesos que llegan al 100% son Atención de apoyo al diagnóstico y terapéutico, Gestión de la calidad, Manejo de riesgo social y Referencia y contrarreferencia. Llamando la atención el macroproceso Gestión de insumo y material con un 26.92%

Resultado de Cumplimiento de Estándares de Calidad por Macroprocesos





GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Abog. Julio César Delgado Mori
JEFE: NORMAS TÉCNICAS

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 107 -2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH

Cusco, 06 FEB 2025

Visto el Expediente N° 1840-2025;

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente de visto, presentado por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 029-2025-GR.CUSCO/DRSC-HRC-OGCUAU, comunicando que, en cumplimiento de lo dispuesto por las normas legales vigentes, es preciso conformar el Equipo de Acreditación del Hospital Regional del Cusco para el año 2025, a tal efecto, presenta la propuesta de los integrantes;

Que, mediante Memorando N° 099-2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE, el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, dispone emitir la Resolución Directoral de Conformación del Comité de Acreditación del Hospital Regional del Cusco, para el período 2025, determinando la relación de integrantes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, se 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", de aplicación en todos los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Salud, Públicos y Privados, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y a los sistemas 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;

Que, el inciso a) del Art. 21° del D. Leg. 276, dispone como obligaciones de los servidores el "cumplir personal y diligentemente los deberes que impone el servicio público" y el Decreto Supremo N° 005-90-PCM, estipula que: "la asignación permite precisar las funciones que debe desempeñar un servidor dentro de su entidad";

De acuerdo a lo establecido por el Artículo 11°, del D.S 075-2008-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, los trabajadores contratados bajo el Régimen CAS, pueden ejercer suplencia o conformar comisiones temporales por encargo en la entidad contratante;

Que, conforme a las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital aprobado con Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, la máxima autoridad administrativa de la entidad, aprueba y/o determina mediante resolución, Directivas, Normas, Reglamentos, Planes, Procedimientos y otras decisiones que sean necesarias para el mejor desarrollo y logro de los fines y objetivos de la Institución; en ese contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, dispone expedir la presente resolución;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas, por la Ley N° 32185 - Ley de Presupuesto del Sector Público Año 2025, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales Ley N° 27867, Ley de Bases de la Descentralización N° 27783 y sus modificatorias; Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, la R.M N° 963-2017-MINSA; D.S. N° 021-2019-JUS, y el T.U.O. de la Ley N° 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública;

Estando a lo dispuesto por la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco y con el Visto Bueno de la Dirección de Administración y la Unidad de Asesoría Legal;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR EL EQUIPO DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO PARA EL PERÍODO 2025", quedando integrado por las siguientes personas:

- Méd. Carlos Enrique GAMARRA VALDIVIA - Director Ejecutivo.
- C.P.C. Danilo PALOMINO FERNANDEZ - Director Administrativo.

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 107 - 2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/JGRH

Cusco,

06 FEB 2025

- Méd. Marina Antonieta OCHOA LINARES - Jefa de la Oficina de Inteligencia Sanitaria.
- Méd. Katiana HUACAC CÁCERES - Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Méd. Renán RAMIREZ VARGAS - Jefe del Departamento de Medicina.
- Méd. Manuel Andrés MONTOYA LIZARRAGA - Jefe del Departamento Medicina Especialidades.
- Méd. Aldo VALLENAS YANQUIRIMACHI - Jefe del Departamento de Cirugía.
- Méd. Wilbert Segundo CÁRDENAS ALARCÓN - Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia.
- Méd. Erwin LUNA CAMPANA - Jefe del Departamento de Pediatría y Neonatología.
- Méd. José Luis LOAYZA MOSCOSO - Jefe del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación.
- Méd. Charlye G. PARI CALLER - Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
- Méd. Nashia F. SANCHEZ CONDORI - Jefe del Departamento de Oncología.
- Méd. Manuel Ismael ZEVALLOS RODRIGUEZ - Jefe del Servicio de Traumatología.
- Méd. Juan Manuel LOPEZ AGUILAR - Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico.
- Q.F. Vladimir LIZARRAGA MORALES - Jefe del Departamento de Apoyo al tratamiento.
- Jefe del Servicio de Consultorios Externos.
- Méd. Alexandra DELGADO LAZARO - Jefa de la Oficina de Seguros Convenios, Referencias y Contraferencias.
- Obst. María HERRERA OVALLE - Jefa de Obstetras.
- Jefa del Departamento de Enfermería.
- Méd. María elena SALAS GALINDO - Jefa de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación.
- Abog. María Cleofé DELGADO QUIÑONEZ - Jefe de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos.
- C.P.C. Sonia ZARATE DALENS - Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- S.P. Ernesto TORVISCO VIVANCO - Jefe de la Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales

ARTÍCULO 2°.- DISPONER, que la presente resolución, sea publicada en la página Web de la institución y puesta en conocimiento de todos los Departamentos, Unidades y Servicios del Hospital Regional Cusco, que competen.

ARTÍCULO 3°.- NOTIFICAR, la presente resolución a los interesados e instancias administrativas correspondientes, para los fines consiguientes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Abog. Cleofé Delgado Quiñonez
Directora Ejecutiva
C.P. 48301 RNE 31900

		Gobierno Regional de Cusco	Gerencia Regional de Salud	Hospital Regional del Cusco	Unidad de Gestión de Recursos Humanos	Área de Normas Técnicas	
---	---	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	-------------------------	--

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Abog. María E. Delgado Quiñones
JEFE DE UNIDAD
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 110-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH

Cusco, 06 FEB 2025

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Abog. Julio Cesar Delgado Mora
JEFE DE NORMAS TÉCNICAS

Visto el Expediente N° 1913-2025;

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente de Visto, que contiene el Informe N° 031-2025-GRC/DRSA-CUSCO-HRC-OGC, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Cusco, remite a la Dirección Ejecutiva la propuesta de la nómina de los integrantes del "Equipo de Autoevaluación del Hospital Regional de Cusco para el año 2025", solicitando su Revisión y Aprobación con la respectiva resolución;

Que, mediante Memorando N° 096-2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, dispone elaborar la Resolución Directoral, conformando el Equipo de Autoevaluación del Hospital Regional del Cusco, período 2025, para tal efecto, remite la relación de integrantes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, se 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", de aplicación en todos los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Salud, Públicos y Privados, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y a los sistemas 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;

Que, el Art. 21° del D. Leg. 276, dispone como obligaciones de los servidores el "Cumplir personal y diligentemente los deberes que impone el servicio público" y el Decreto Supremo N° 005-90-PCM, estipula que: "La asignación permite precisar las funciones que debe desempeñar un servidor dentro de su entidad";

De acuerdo a lo establecido por el Artículo 11°, del D.S 075-2008-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, los trabajadores contratados bajo el Régimen CAS, pueden ejercer suplencia o conformar comisiones temporales por encargo en la entidad contratante;

Conforme a las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital Regional Cusco, aprobado con Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC-CUSCO, en concordancia y sujeción a lo establecido en los Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional; en ese contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, dispone expedir la presente resolución;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas, por la Ley N° 32185 - Ley de Presupuesto del Sector Público Año 2025, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales Ley N° 27867, Ley de Bases de la Descentralización N° 27783 y sus modificatorias; Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, la R.M N° 963-2017-MINSA; D.S. N° 021-2019-JUS, y el T.U.O. de la Ley N° 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública;

Estando a lo dispuesto por la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco y con el Visto Bueno de la Dirección de Administración y Unidad de Asesoría Legal;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR EL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO AÑO 2025, integrado de la siguiente manera:

- Méd. Marina Antonieta OCHOA LINARES.
- Méd. Ylenia MORÓN MENDOZA.
- Méd. Valmi Miriam LUNA FLORES.
- C.D. Kely NINA ABRILL.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Abog. Maria C. Delgado Quiñones
JEFE DE UNIDAD
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 110 -2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Abog. Julio Cesar Delgado Mora
JEFE DE UNIDAD
NORMAS TÉCNICAS

Cusco, **06 FEB 2025**

- Q.F. Ellen PALACIOS GONZÁLES.
- Q.F. Edison SANCHEZ QUINTANA.
- Obst. Gladys Cristina Josefina MONTES PAREDES.
- Obst. Lisseth ASCUE ESCALANTE.
- Lic. Eunice ALVAREZ ROJAS.
- Lic. Patricia GARCIA ROMERO.

- Lic. Ruth Nataly SALCEDO CORDOVA.
- Lic. Nancy Frida COLLATUPA CABRERA.
- Lic. Darwin Alfonso FIGUEROA ZUÑIGA.
- Lic. Jaime Alberto CUTIRE ARCE.
- Lic. Julio César GIRALDO GÓMEZ
- A.S. Rosario Marlene BOMBILLA PUMA.
- Ing. Fredy SALCEDO ABARCA



ARTÍCULO 2°.- DISPONER, que la presente resolución, sea publicada en la página Web de la institución y puesta en conocimiento de todos los Departamentos, Unidades y Servicios del Hospital Regional Cusco, que competen.

ARTÍCULO 3°.- NOTIFICAR, la presente resolución a los interesados e instancias administrativas correspondientes, para los fines consiguientes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Med. Carlos Enrique Gamarra Valdivia
Director Ejecutivo
CNP 48301 RNE 31900



Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Hospital de Apoyo
Departamental Cusco
Hospital Regional Cusco



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 300 -2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH

Cusco, 04 ABR 2025



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Abog. Julio César Delgado Mora
JEFE DE NORMAS TÉCNICAS

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Mg. Abg. Sofia Apaza Pillico
C.A.C. 2439
JEFE DE UNIDAD
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Visto el Expediente N° 5365-2025, Informe N° 56-2025-HRC-OPP, Memorando N° 277-GR.CUSCO/GERESA-HRC-DE e Informe N° 072-2025-GRC.CUSCO/GERESA-HRC-OGC

CONSIDERANDO:

Que, mediante el expediente de visto, que contiene el Informe N° 072-2025-GRC.CUSCO/GERESA-HRC-OGC, emitido por la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional del Cusco, mediante el cual solicita que mediante acto resolutivo Aprobar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional del Cusco 2025.



Informe N° 56-2025-HRC-OPP, emitido por la jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, mediante el cual indica que ha procedido a revisar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional del Cusco 2025, observando que falta agregar dentro de la base legal la Resolución Directoral de conformación del comité de autoevaluación, por lo que luego de la corrección del mismo la Oficina de Planeamiento y Presupuesto emite opinión favorable debiendo ser aprobado mediante Resolución Directoral.

Que, mediante Resolución Directoral N° 110-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH, que resuelve Conformar el Equipo de Autoevaluación del Hospital Regional del Cusco, integrado por servidores públicos profesionales de la salud.



Que, mediante Memorando N° 277-2025-GR.CUSCO/GERESA-HRC-DE el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, dispone emitir la Resolución Directoral de Aprobación del Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Regional del Cusco- Año 2025, que consta de 25 folios.

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de la Salud, establecen que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 50-MINSA-DGSP-VO.2, 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 sistemas 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, con 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, que tiene por finalidad 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 por parte de los evaluadores para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestaciones y de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, conforme a las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), del Hospital aprobado con Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, la máxima autoridad administrativa de la entidad, aprueba y/o determina mediante resolución, Directivas, Normas, Reglamentos, Planes, Procedimientos y otras decisiones que sean necesarias para el mejor desarrollo y logro de los fines y objetivos de la Institución; en ese contexto, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Cusco, dispone expedir la presente resolución;





Gobierno Regional
de Cusco

Gerencia Regional de
Salud

Hospital de Apoyo
Departamental Cusco
Hospital Regional Cusco



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Resolución Directoral

N° 300 -2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH.

Cusco, 14 ABR 2025

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Abog. Julio César Delgado More
JEFE: NORMAS TÉCNICAS

En uso de las facultades y atribuciones conferidas, por la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y modificatorias, Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Decreto Supremo N° 021-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y a la delegación de facultades administrativas consignadas en la Resolución Ministerial N° 963-2017-MINSA;

Con el visto bueno de la Dirección de Administración y la Unidad de Asesoría Legal del Hospital Regional Cusco

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, EL "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO" AÑO 2025, que consta de Veinticinco (25) folios, que en documento adjunto forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2.- NOTIFICAR la presente resolución, a la parte interesada, e instancias administrativas correspondientes.

ARTICULO 3°.- ENCARGAR, a la Unidad de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones la publicación de la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Cusco.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Med. L. J. C. Delgado More
Director Ejecutivo
RNE 4830 RNE 3100

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

1. DIRECCIONAMIENTO

Med. Marina Ochoa Linares

08/09/2025, 10/09/2025, 18/09/2025, 25/09/2025, 30/10/2025, 07/10/2025

DIRECCIÓN EJECUTIVA

Med. Carlos Gamarra Valdivia DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO

DIR-1 DIR-2

Ítem	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Verificadores Referenciales, para la Valoración	Sustento Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
1. El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).	0: Ha definido y no ha comunicado; 1: Ha definido y comunica con material visible; 2: Definido, comunica con material visible, y el personal conoce e identifica compromisos).	Estructura	DIR1-1	1 Punto: a. PEI Aprobado- RDIR/GIRER b. Participación, contenido en "a" o Acta/ Informe c. en "a" define Visión, Objeto Estratégico, Acciones Estratégicas y Metas- Norma CEPLAN d. Comunica: Memo/ Informe/ Panel/ Circular, el PEI a los Trabajadores 2 Puntos, Además: e. Socializa (más del 50% Trabajadores)/ Virtual/Presencial/ Mixto: Informe/ Acta f. Conoce e identifica Compromisos: Informe/ Acta de evaluación/ monitoreo.		2	RD de aprobación del PEI Actas de formulación del PEI Actas de reuniones y/o talleres de difusión del PEI o cargos de difusión del plan.	Verificación/ Revisión de documentos	Resolución Ejecutiva Regional N°438-2023-GR-CUSCO/GR De fecha 09 de agosto 2023 Aprobar el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2027 del Gobierno Regional Cusco el PEI del GORE aplica al Hospital Regional de Cusco
La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional.	0: No promueve; 1: Promueve pero no logra; 2: Promueve, logra y participa en la evaluación)	Proceso	DIR1-2	1 Punto: a. Del Serv/ Unidades: Plan de acción/ Matriz de planificación/ Centro de Costo CEPLAN-POI/ SIGA, que está comprendido en el POI 2 Puntos, Además: b. POI Aprobado: Memo/ RD/ RG/ RER c. Evaluación: Informe/ acta/ Relación de Participantes		2	POI aprobado Hojas de trabajo oficiales mensual por unidad Informe de evaluación de avance trimestral por unidad (dos últimos trimestres)	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 410-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 27/05/2025 Aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2025-2027 del Hospital Regional de Cusco 041 folios TD 17984 Solicita publicación del reporte de seguimiento y las fichas de implementación AEI I Semestre 2025 del POI-CEPLAN en la página web del Hospital Verificamos la publicación en la web https://hrcusco.gob.pe/web-content/uploads/2025/08/Reporte-de-seguimiento-I-Seme-2025.PDF TD 21056 INFORME N° 201-2025-OPP-UPP Conclusión y recomendación de la evaluación del POI I Semestre 2025, falta relación de participantes



nimiento line y plan le y con la	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado. (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende).	Estructura	DIR1-3	1. Punto: a. Manual de Procedimientos/ directiva de elaboración, conservación y actualización de PEI, POI/POA/PSL, Plan Contingencia (PC) b. Elaboradas según "a" y comprende algunas etapas de la vida c. Conservación según "a" 2 Puntos, Además: c. Actualizados según "a" y comprende todas las etapas de la vida	2	PEI, POI y Plan de Contingencia Procedimiento documentado oficializado para la elaboración, conservación y actualización de los planes formulados según normas vigentes	Verificación/ Revisión de documentos	RER N° 438-2023-GRCUSCO PEI GORE CUSCO 2024-2027 RD N° 410-2025-GORECUSCO Aprueba POI HRC 2025-2027 Planes de contingencia RD N° 414-2025 Plan de contingencia frente a bajas temperaturas año 2025 RD N° 217-2025-GORE CUSCO Plan de respuesta y continuidad hospitalaria frente a emergencias y desastres del Hospital Regional de Cusco 2025-2026 RD N° 270-2025-GORE CUSCO Plan temporada de lluvia RD N° 265-2025-GORE CUSCO Plan de semana santa
nimiento line y plan le y con la	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida. (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)	Estructura	DIR1-4	1. Punto: a. ASIS/ Informe de Evaluación/ Otro informe que está reconocida como oficial, que se identifica algunas etapas de la vida 2 Puntos, Además: b. ASIS/ Informe de Evaluación/ Otro informe que está reconocida como oficial, que se identifica todas las etapas de la vida	2	ASIS oficializado y actualizado (sección necesidades por etapas de vida)	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 239-2024-MISNA/HRC-UGRH-J Aprueba el análisis situacional de los servicios hospitalarios (ASISHO) 2023. Hospital Regional Cusco Incluye necesidades por etapas de vida
nimiento line y plan le y con la	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/focales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios. (0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas)	Proceso	DIR1-5	1. Punto: a. Se verifica en el ASIS formulado/ acta, la participaron de algunas autoridades regionales/ locales 2 Puntos, Además: b. Se verifica en el ASIS formulado/ acta, la participaron de las autoridades regionales/ locales y en toda las fases	2	ASIS oficializado y actualizado según norma vigente Actas de reuniones para formulación del ASIS	Verificación/ Revisión de documentos	Evidencia actas del proceso de elaboración del ASISHO RD N° 239-2024 Aprueba ASISHO 2023

imiento y plan de evaluación de la atención y con la	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. (0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del periodo están en los niveles esperados)	Resultado DIR1-6	1. Punto: a. Se verifica el reporte del aplicativo/ software de evaluación de los FON, para su categoría del último 2 semestre y los resultados en general estén por debajo del 90% (si uno de los semestres es igual o superior a 90%, y el otro semestre es inferior al 90%, se cuantifica como 1) 2. Puntos. Además: b. Los resultados del FON, para su categoría, es igual o superior al 90% en los últimos 02 semestres.	2	Informe de Evaluación Semestral de las FON con el porcentaje de avance (últimos dos semestres)	Verificación/ Revisión de documentos	INFORME N° 42-ESSSR-JOJDOGO-HRC FONE II 91.3% Si califica para calificar el 2025 el sistema se apertura en NOR TD 21526
imiento y plan de evaluación de la atención y con la	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. (0: No cumple; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)	Estructura DIR1-7	1. Punto: a. Identifica las prioridades sanitarias, en concordancia al nivel nacional y/o Regional (por lo menos 10 prioridades; se verifica en el ASIS o Informe de Evaluación o en el Plan del EE.SS. vigentes) b. Dispone de GPC de las prioridades seleccionadas/ Identificadas (nacional y/o regional). c. Menos del 50% de profesionales del EE.SS aplican las GPC 2. Puntos. Además: d. Igual o más del 50% de profesionales aplican la GPC.	1	R.D. de aprobación de Guías de Práctica Clínica Las Guías de Práctica Clínica Historias clínicas seleccionadas (de patologías que cuentan con GPC)	Muestreo Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 425-2025-GORE CUSCO Aprobar la GPC Manejo de embarazo ectópico/ GPC Diagnóstico y manejo de ruptura precoz de membranas - adopción RD N° 445-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH GPC Pediatría diagnóstico y tratamiento Neumonía en el niño y niña No se evidencia de adherencia a GPC
imiento y plan de evaluación de la atención y con la	La Dirección del establecimiento de salud define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual) (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)	Estructura DIR1-8	1. Punto: a. Dispone de Físicas de los Programas Presupuestales/ Estrategias sanitarias en el SGA (Reporte/ aplicativo), CEPLAN -POI (Reporte/ aplicativo) del presente año fiscal 2. Puntos. Además: b. Las metas físicas se encuentran en el POI/POA/PT/PSL aprobado de la Unidad Ejecutora. RD/RG/RER c. El equipo de salud participa en la Evaluación (50% del personal) evidenciado en el Informe de Evaluación del POI/POA/PSL	2	Plan Operativo Anual (con criterios de programación para las ESN)	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 410-2025-GORE CUSCO Agrueba plan operativo institucional (POI) Multianual 2025-2027 del Hospital Regional de Cusco donde están los programas presupuestales de estrategias sanitarias Se evidencia avance físico de PPR (fuente estadística) Reportes

des del gnadas a s	Las actividades de los planes estratégico, operativo y de contingencias son asignadas formalmente a los responsables de cada unidad/área/servicio del establecimiento de salud. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).	Proceso DIR2-1	1. Punto: (por lo menos a, b o c) a. Plan Estratégico Aprobado. Asignado al jefe del Establecimiento de Salud o a un representante con RD/ MEMO b. Plan Operativo Aprobado. Asignado a los Servicios/ Unidad/ Área/ Estrategia/ Programa Presupuestal/ Etapa de Vida con MEMO/ Matriz del POA/POI/PSL identifica a los responsables por Producto/ Sub Producto/ Actividad/ tarea c. Plan Operativo de Contingencia. Asignado a los Servicios/ Unidad/ Área/ Estrategia/ Programa Presupuestal/ Etapa de Vida con MEMO/ Matriz del POA/POI/PSL identifica a los responsables por Producto/ Sub Producto/ Actividad/ tarea 2. Puntos. Además: d. Cumple a, b y c	2	Documento de asignación a responsables de las actividades del PEI, POA y Plan de Contingencia	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 410-2025-GORE-CUSCO-GRSC- HRC/UGRH De fecha 27/05/2025 Aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2025-2027 del Hospital Regional de Cusco 041 folios TD 17984 RD N° 248-2025-GORE-CUSCO-GRSC- HRC/UGRH Designar coordinadores y consultores de los programas presupuestales del Hospital Regional de Cusco Año 2025
les del gnadas a s	Los responsables dan cuenta de los resultados de las actividades contenidas en los planes estratégico, operativo y de contingencia en espacios de participación según lo establecido. (0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).	Proceso DIR2-2	1. Punto: a. Informe/ Acta de los resultados de las actividades asignadas del PEI, POA/POI/PSL/PT y Plan de Contingencia-PC, Parcial (por lo menos PEI, POA o PC) 2. Puntos. Además: b. Informe/ Acta de los resultados de las actividades asignadas del PEI, POA/POI/PSL/PT y Plan de Contingencia-PC, en su totalidad c. Que cuente con las Actas/ Informes, que evidencie la participación de los actores involucrados.	2	Informe de responsables de los resultados de las actividades contenidas en los planes a la autoridad institucional. Acta de reunión de presentación de informes a la comunidad.	Verificación/ Revisión de documentos	Actas e informes del POI Planes de contingencia informes INFORME N° 054-EMED Plan Semana Santa TD 19771 INFORME N° 051-2025-EMED Plan bajas temperaturas 2025 TD 19772 INFORME N° 053-2025-HRC-EMED Simulación de sismo TD 19773 INFORME N° 052-2025-HRC-EMED Plan por fiestas patrias 2025 TD 19774 INFORME N° 055-2025-EMED Plan temporada de lluvia TD 19777
es del gnadas a s	El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación. (0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación).	Estructura DIR2-3	1. Punto: a. Informe/ Acta de Evaluación de cumplimiento de metas de los resultados establecidos en el POA/POI/PSL/PT, Parcial (menos del 80% de cumplimiento o según criterio/ escala establecido en el POA/POI/PSL/PT) 2. Puntos. Además: b. Informe/ Acta de Evaluación de cumplimiento de metas de los resultados establecidos en el POA/POI/PSL/PT, Logro (igual o mayor del 80% de cumplimiento o según criterio/ escala establecido en el POA/POI/PSL/PT) c. Que cuente con las Actas/ Informes, que evidencie la participación de los actores involucrados.	2	Informe de Evaluación Trimestral del POA	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencian actas



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Locales:	2 GESTION DE RECURSO HUMANO
Of(esa):	MED. MARINA OCHOA LINARES
Evaluados:	02/09/2025, 04/09/2025, 08/09/2025, 30/09/2025, 06/10/2025
Antes de la Evaluación	UNIDAD DE GESTION DE RECURSO HUMANO
Estandar:	ABOG. ARTURO SALAZAR SANCHEZ / MED. MARIA ELENA SALAS GALINDO
	GRH-1 GRH-2 GRH-3 GRH-4

Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Verificadores Referenciales, para la Valoración	Sustento Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
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.	(0: No ha definido para ninguna modalidad; 1: Ha definido para algunas; 2: Define para todas las modalidades de contratación)	Estructura	GRH1-1	1 Punto: a. Directiva/Manual de Procedimientos de Incorporación de Recursos Humanos (DL 276, 1057, DL 728- CLAS), aprobado con Resolución Administrativa (si tiene atribuciones) o Resolución Directoral; por lo menos uno de los regímenes laborales b. "a" es vinculante con el perfil del puesto/ MOF aprobado con Resolución Administrativa/ Directoral c. Se verifica el cumplimiento de "a" y "b" con una contratación de personal del último año (referencia al momento de aplicación de la Autoevaluación); si no se tiene contratado en ese periodo no se valora "c" 2 Puntos. Además: d. La totalidad de regímenes laborales cumplen con "a", "b" y "c" e. si no se tiene contratos en ese periodo de ningún régimen laboral no se valora el literal "e"		2	MOF aprobado con RD Reglamento del proceso de selección de personal según normativa vigente	Verificación/ Documento	RD N° 599-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC-UGRH De fecha 07/10/2024 Aprobar la directiva administrativa para el proceso de selección de contratación de personal y de incorporación de la unidad de Gestión de Recurso Humano bajo el régimen laboral especial de contratación administrativa del DL N° 1057 y DL 276 Hospital Regional de Cusco
El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.	(0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en los objetivos institucionales; 2: Cumple y está sustentado en los objetivos institucionales)	Proceso	GRH1-2	1 Punto: a. Directiva/Manual de Procedimientos de Inducción de Recursos Humanos (DL 276, 1057, DL 728- CLAS), aprobado con Resolución Administrativa (si tiene atribuciones) o Resolución Directoral; por lo menos uno de los regímenes laborales b. "a" se aplica (Informe- Último año-Referencia al momento de autoevaluación) en el personal nuevo para el cargo/ perfil de puesto considerando por lo menos vinculado a uno o más objetivos institucionales considerados en el POI/POA/PSI. 2 Puntos. Además: c. La totalidad de los regímenes laborales de "a" d. "b" Está sustentado, en el informe (del último año, referencia el momento de autoevaluación) de inducción, en la totalidad de los Objetivos institucionales.		2	Procedimiento documentado oficializado de inducción del personal. Informe de inducción del personal del último semestre.	Verificación/ Documento	La oficina de capacitación asume la inducción de internos de profesionales de la salud y residentes (personal en formación) Evidencia registro de asistencia de internos De fecha 25/08/2025 Residentado 31/07/2025 RD N° 597-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC-UGRH Directiva administrativa N° 01-2024-HRC/UGRH Disposiciones que regulan el proceso de inducción para el personal del DL N° 276 DL N° 1057 del Hospital Regional de Cusco



El cumplimiento de la ley de salud ha sido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica al acuerdo al cargo que ocupa. (0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%).	Estructura	GRH1-3	1 Punto: a. MOF/ Perfil de puestos aprobados y concordantes con el CAP-P vigente b. Asignación/ designación de Funciones con Resolución Directoral/ Resolución Administrativa/ Memorando al personal. Registro de Resoluciones/Memorando. Menor al 100% 2 Puntos, Además: c. se realiza "a" en concordancia a "b" al 100% de Trabajadores vinculados al EE SS en el momento de autoevaluación.	1	Manual de Organización y Funciones	Verifica el cumplimiento/ Documento	RD N° 004-07-DRSC/UGRH De fecha 03/01/2007
El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica al acuerdo al cargo que ocupa. (0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%).	Estructura	GRH1-4	1 Punto: a. Estándares/ metas de productividad aprobados con Memorando/ Resolución Directoral. Contiene para un grupo de trabajadores. 2 Puntos, Además: b. "a" y contiene la totalidad de Trabajadores del EE SS c. Comunica vía físico/ virtual los Estándares/ Metas: Memorando/ acta de reunión/ Informe de comunicación d. Informe/ Acta de análisis de la productividad de los trabajadores por áreas/ servicios/ unidades y como EE SS.	1	Estándares de productividad establecidos por la instrucción	Verifica el cumplimiento/ Documento	Informe N°224-2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OIS-LUEEI TD 19723
Los jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. (0: No ha definido; 1: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente).	Proceso	GRH2-1	1 Punto: a. Conformación del equipo multidisciplinario (comité de gestión, Comité de Gestión ampliado o por servicios/ áreas/ procesos) con RD o MEMO b. Plan de trabajo de los equipos aprobado con RD o MEMO 2 Puntos, Además: c. Acta de reuniones, según planificado	2	Documentos de conformación de equipos	Verifica el cumplimiento/ Documentos	RD N° 61-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH
Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta en forma esporádica; 2: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan).	Proceso	GRH2-1	1 Punto: a. Conformación del comité de gestión institucional del Hospital Regional de Cusco, año 2025 Actas del comité de gestión última 24/09/2025 RD N° 123-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Comité de residuos sólidos 2025 Cuenta con plan de trabajo y libro de actas RD N° 59-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC-UGRH Equipo evaluador interno de la vigilancia, prevención y control de IAAS Hospital Regional de Cusco 2025 Informe de cumplimiento	2	Documentos de conformación de equipos	Verifica el cumplimiento/ Documentos	RD N° 61-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH



equipo(s) del cimiento de miento de nticipan en las es y análisis de ión anal.	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. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta pero no sistemáticamente; 2: Ejecuta sistemáticamente).	Proceso	GRH2-2	1 Punto: a. El/Los Equipo (s) de trabajo conformado identifica problemas y propone soluciones y están registrados en Acta/ Informe en el último año 2 Puntos, Además: c. El/Los Equipo (s) de trabajo conformado participa en las decisiones y están registrados en Acta/ Informe en el último año	1	Actas de reuniones para el análisis, propuestas y toma de decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos Informe de propuestas al área respectiva	Verifica ción/ Docum entos,	Acta del 27/03/2025 Triage de emergencia Acta del 31/03/2025 Reunión jefes de emergencia Acta del 30/04/2025 Reunión para la organización del servicio de emergencia
ecimiento de pone de de seguridad alud del	El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cautelar la salud del personal asistencial. (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos; 2: Facilita y cubre a todos).	Estructura	GRH3-1	1 Punto: a. Disponibilidad de Bienes de Protección del personal de 02 meses (=> 80% y < al 100%). Registro ICI o Registro Alternativo de KIT o Informe detallado 2 Puntos, Además: b. Disponibilidad de Bienes de Protección de 2 meses del 100% del personal. Registro ICI o Registro Alternativo de KIT o Informe detallado	2	Manual de bioseguridad Informe de cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario	Verifica ción/ Docum entos,	RD N° 2021-MINSA-HRC/JGRH Aprobar el manual de bioseguridad hospitalaria V.02 del Hospital Regional de Cusco TD 006696 Informe N° 121-2025- GR CUSCOGERESA-HRC-DE- OIS Informe de cumplimiento de medidas de aislamiento hospitalario I TRIMESTRE 2025 TD 14902 INF. N° 263-2025 II Trimestre 2025 INF. N° 037-2025-Bienestar personal, UG-PH-HR/TS.CAYG
ecimiento de pone de de seguridad alud del	Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico. (0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos a los trabajadores de áreas de riesgo; 2: Facilita y cubre a todos).	Estructura	GRH3-2	1 Punto: a. => al 90% < 100% del personal protegido con seguro de salud básico a la fecha. AIR-HSP/ INFORHUS u otro aplicativo institucional, a la fecha de autoevaluación 2 Puntos, Además: b. 100% del personal protegido con seguro de salud básico a la fecha. AIR-HSP/ INFORHUS u otro aplicativo institucional, a la fecha de autoevaluación	2	Relación oficial de personal con N° de Autogenerado de ESSALUD o póliza de seguro individual	Verifica ción/ Docum entos,	Relación de personal nombrado y CAS con seguro básico Es Salud y seguro SCTR Es Salud

El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano para que brinde servicios según el MAIS, priorizando el enfoque de promoción de la salud. (0: No dispone; 1: Dispone pero no cumple; 2: Dispone y cumple sistemáticamente).	Proceso GRH4-1	1 Punto: a. Disponibilidad del Plan de Desarrollo del Personal (PDP), en concordancia al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de vida (MCI) de la unidad ejecutora al cual pertenece el EE.SS. Aprobado con RD y Vigente a la fecha de autoevaluación (AE) 2 Puntos, Además: b. Registro de personal Capacitado en RR.HH (o aplicativo) en concordancia al PDP, cumplimiento de más del 80% al momento de AE	2 Plan anual de capacitación Informe de evaluaciones trimestrales del plan	Verifica ción/ Docum entos;	RD N° 249-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 02/03/2025 Aprobar el plan de desarrollo de las personas (PDP) 2025 del Hospital Regional de Cusco Con cargo de entrega SERVIR TD 019014 Informe N° 208-2025-GRSC-HRC-OCID/J Informe de ejecución PDP (85.7%) No está en concordancia al modelo de cuidado integral de salud por curso de vida (MCI)
El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales. (0: No desarrolla; 1: Desarrolla, pero no para todos los programas; 2: Desarrolla para todos los programas identificados).	Proceso GRH4-2	1 Punto: a. Disponibilidad del Plan de Desarrollo del Personal (PDP), concordante con los Objetivos Institucionales, de la unidad ejecutora al cual pertenece el EE.SS. Aprobado con RD y Vigente a la fecha de autoevaluación (AE) 2 Puntos, Además: b. Registro de personal Capacitado en RR.HH (o aplicativo) en concordancia al PDP, cumplimiento de más del 80% al momento de AE	2 Plan Operativo Anual Plan anual de capacitación de los recursos humanos Informe de evaluaciones trimestrales del plan	Verifica ción/ Docum entos;	Capacitación es centro de costo. PEI-POI 2025 RD N° 249-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 02/03/2025 Aprobar el plan de desarrollo de las personas (PDP) 2025 del Hospital Regional de Cusco Con cargo de entrega SERVIR TD 019014 Informe N° 208-2025-GRSC-HRC-OCID/J Informe de ejecución PDP (85.7%) OBS. No está en concordancia con los objetivos institucionales
El establecimiento de salud garantiza que su personal ha sido capacitado en deberes y derechos de los usuarios y ha desarrollado una o más herramientas para evaluar su comprensión y cumplimiento. (0: No implementa; 1: Implementa pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso GRH4-3	1 Punto: a. Disponibilidad del Plan de Desarrollo del Personal (PDP), concordante con los Derechos y Deberes de los Usuarios, de la unidad ejecutora al cual pertenece el EE.SS. Aprobado con RD y Vigente a la fecha de autoevaluación (AE) b. Disponibilidad de un instrumento/ Aplicativo de Evaluación, Institucional, del Personal Capacitado Vigente al momento de la AE 2 Puntos, Además: c. 80-100% de personal Capacitado y Evaluado. Informe y Registro de Evaluación al Momento de la AE	2 Plan anual de capacitación que incluye el tema deberes y derechos de los usuarios externos Herramienta para evaluar comprensión Herramienta para evaluar cumplimiento	Verifica ción/ Docum entos;	RD N° 249-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 02/03/2025 Aprobar el plan de desarrollo de las personas (PDP) 2025 del Hospital Regional de Cusco Con cargo de entrega SERVIR TD 019014 Evidencia post test Evaluación de seguimiento (herramienta pendiente)

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL NIVEL III-1

3 GESTION DE LA CALIDAD									
LIC. RUTH NATALY Y SANCEDO CORDOVA / OBSTA. GLADYS MONTES PAREDES / MED. MARINA OCHOA LINARES									
30/07/2025, 29/08/2025, 02/10/2025, 23/10/2025									
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD									
MED. KATIANA HUACAC CACERES									
GCA-1 GCA-2 GCA-3									
Indicador	Criterio	Tipo Criterio	Código criterio	Verificadores Referenciales, para la Valoración	Sustento Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. (0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)		Estructura	GCA1-1	1 Punto: a. Designado, si está en un cargo presupuestado en el CAP-P o Asignado si es cargo Previsto, para EESS Ejecutoras. Resolución Directoral. En los EE SS del primer nivel de atención y Hospitales que no son unidades ejecutoras se Asigna con Resolución Directoral-Director Ejecutivo- o Memorando del Jefe de EE SS. 2 Puntos, Además: b. Capacitado por más de 24 horas lectivas o más de 1 crédito académico en Temas de Calidad/ Sistema de Gestión de la Calidad/ Calidad y Seguridad en Salud/ Calidad Total u otros similares. Verificación del Certificado o Constancia que esté registrado en el área de escalafón o Capacitación. Vigencia 03 años a la fecha de AE.	https://drive.google.com/drive/folders/1x9g-9PWWVxRNCZ1VRHaZQopxAWyL	2	Documento oficial de designación del Responsable de Calidad Legajo de responsable designado para verificar capacitación	Verificación/ Documentos	RD N°817-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCA/UGRH De fecha 23/12/2024 Encargatura de funciones Especialización en Dirección y Gerencia de los servicios médicos De fecha 24/02/2024
				1 Punto: a. Por lo menos un personal capacitado por servicio/ unidad/ área en "Mejora Continua" o similares, por más de 24 horas lectivas o más de 1 crédito académico. Verificación del Certificado o Constancia que esté registrado en el área de escalafón o Capacitación. Vigencia 03 años a la fecha de AE. b. Desarrollan esporádicamente acciones o Proyectos de mejora (menos del 80% de Mejoras programados en el Plan). Verificar Acción O Proyecto de Mejora Aprobado (RD o MEMO) o en Ejecución o Ejecutado en el último año (a la fecha de AE) 2 Puntos, Además: c. Desarrollan acciones y o Proyectos de Mejora de manera regular (más del 80% de lo programado en el Plan). Verificar Acción O Proyecto de Mejora Aprobado (RD o MEMO) o en Ejecución o Ejecutado en el último año (a la fecha de AE)			Proyectos de mejora implementados Constancias de capacitación	Verificación/ Documentos	RD N° 638-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRCA/UGRH De fecha 23/09/2025 Aprobación proyecto de mejora sistematización digital de la nutrición neonatal- Banco de leche Se verifica registro de inscritos de curso N° 04-2025, organizado por GERESA No evidencia constancia de capacitación, ni horas lectivas o créditos. Se verifica certificado de Acreditación de EESS y SMA 2024 II módulo mejoramiento continuo del personal Obstá. Lisbeth Ascue Escalante, Lic. Patricia García Romero, Med. Ylenia Marón Mendoza



El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. (0: No cuenta; 1: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GCA1-3	1 Punto: a. Uno o más equipos de mejora. Asignado con Resolución Directoral o Memorando. b. Personal del equipo de mejora capacitado en "Mejora Continua" o similares, por más de 24 horas lectivas o más de 1 crédito académico. Verificación del Certificado o Constancia que esté registrado en el área de escalafón o Capacitación. Vigencia 03 años a la fecha de AE. 2 Puntos. Además: c. Cuenta con el Plan de Mejora continua. Aprobado con RD o MEMO d. Ejecución del Plan de mejora en más del 80% (Verificar Acción O Proyecto de Mejora Aprobado (RD o MEMO) o en Ejecución o Ejecutado en el último año (a la fecha de AE)	2	Verificación/ Documentos	RD N° 363-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC Conformar equipo de mejora continua De fecha 07/05/2025 RD N° 604-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 21/08/2025 Plan de mejora continua Informe N° 215-2025-GRSC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC De fecha 31/07/2025 Informe de ejecución del plan INF N° 200-2025-GRSC/GERESA CUSCO-HRC-OGC Solicita aprobación con RD Plan de mejora TD 14620 Ejecución del plan TD 15772 Ejecutar del plan mayor al 80% verificado
El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	GCA1-4	1 Punto: a. Procesos Asistenciales y Administrativos Priorizados. Informe/ acta/ b. Manual de Procedimientos asistenciales y administrativos (una parte de lo priorizado) aprobados con RD. 2 Puntos. Además: c. Manual de Procedimientos asistenciales y administrativos (Totalidad de lo priorizado) aprobados con RD. d. Informe de seguimiento de la aplicación de los manuales de procedimientos.	2	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados	RD N° 546-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH (MAPRO Calidad) De fecha 16/07/2025 Informe N° 213-2025-GRSC/GERESA CUSCO-HRC-OGC De fecha 25/07/2025 Seguimiento aplicación MAPRO RD N° 565-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC-UGRH MAPRO Diagnóstico por imágenes del 30/06/2024 RD N° 668-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC De fecha 05/11/2024 MAPRO Medicina y especialidades
Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	GCA1-5	1 Punto: a. Plan/ Programa de Mejora de la Calidad que responda a las necesidades de usuarios internos o Externos. Verificar RD/ Memo que aprueba. 2 Puntos. Además: b. Plan/ Programa de Mejora de la Calidad que responda a las necesidades de usuarios internos y Externos. Verificar RD/ Memo que aprueba.	2	Programa/plan de gestión o mejora de la calidad orientado al usuario interno y externo aprobado con R.D.	RD N° 80-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 03/02/2025 Plan de tiempo de espera del usuario externo del Hospital Regional de Cusco RD N° 139-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 14/02/2025 Plan de capacitación anual de higiene de manos RD N° 222-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 14/03/2025 Plan uso de Care Bundle o paquete para prevención IAS

El establecimiento ha definido e implementado uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.). (0: No ha definido o no implementa; 1: Ha definido pero no están implementados sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso	GCA2-1	1 Punto: a. Cuenta con Libro de reclamaciones físico y/o virtual; Buzón de sugerencias, Plataforma de Atención al Usuario (I-4, II y III nivel) y por respectivos responsables. Verificar los instrumentos y RD/Memo de asignación de función. 2 Puntos. Además: b. Está operativo, se evidencia los informes de la implementación de sugerencias y reclamos del último semestre.		2	R.D. de formalización de los mecanismos para el recojo de sugerencias, quejas o reclamos Informe según período establecido de las sugerencias, quejas o reclamos	Verificación/ Documentos	RD N° 90-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 03/02/2025 Ratificar responsable Informe N° 186-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC De fecha 08/07/2025 Formalización de los procesos para analizar y responder las quejas Informe N° 185-2025-GR-CUSCO/GRSC-HRC-OGC-UAU De fecha 30/07/2025 Informe de reclamos del segundo trimestre Informe N° 0271-2025-GR-CUSCO/GRSC-OGC-UAU
El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos. (0: No se cuenta; 1: No está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso	GCA2-2	1 Punto: a. Cuenta con manual/ directiva, que establece la metodología, instrumentos y periodicidad de los reclamos del usuario. Verificar RG/RD que aprueba. 2 Puntos. Además: b. Cumple con los pasos requeridos. Verificar los informes de evaluación/ monitoreo de cumplimiento, del último trimestre próximo a la autoevaluación.		2	Documento oficial de formalización de los procesos para analizar y responder las quejas y reclamos Informe de cumplimiento de los procesos	Verificación/ Documentos	RGR N° 1022-2025-GRCUSCO/GERESA Directiva administrativa que regula la gestión de consultas, reclamos y sugerencias en salud De fecha 02/07/2025 Informe semestral N° 218-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC De fecha 31/07/2025 Informe de cumplimiento de los procesos establecidos en el documento de formalización de quejas y reclamos
El establecimiento tiene definido y difunde el paquete de información del proceso de atención que brindará a sus usuarios y es adecuado culturalmente según realidades locales. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no ha sido difundida; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GCA2-3	1 Punto: a. Cuenta con manual/ directiva, que establece el paquete de información a los usuarios. Verificar RG/RD que aprueba. 2 Puntos. Además: b. Es adecuado culturalmente. Verificar RG/RD que aprueba y que contenga la adecuación intercultural.		2	Documento oficial que ha definido y difunde el paquete de información al usuario Tripticos, paneles, spots, etc.	Verificación/ Documentos	RD N° 213-2015-MAIS De fecha 07/10/2015 Aprobar directiva N° 11-2015-MAIS/Lineamientos para la gestión del sistema de orientación al usuario de desarrollo e inclusión social Memorando N° 573-2025-GR-CUSCO/GERESA-HRC-DE De fecha 01/07/2025 Brindar información intercultural Se verifica áreas de atención al paciente con paneles que incluyen lenguaje quechua e imágenes con información para paciente

Comitente Identificado e la os para a las les y as de los	Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	GCA2-4	1 Punto: a. Mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención. Verificar Manual/ Directiva con RG/ RD. 2 Puntos, Además: b. Aplica el Manual/ Directiva. Verificar Informe de aplicación en la totalidad de los servicios o área de atención al usuario	2	Documento oficial que garanticen la privacidad de la atención del usuario (aprobadas con RD).	Verificación/ Documentos	RD N° 582-2025-GORE CUSCO-GRSC- HRC/IUGRH De fecha 04/08/2025 Aprobar documento técnico que establece los mecanismos de privacidad en el proceso de atención al usuario externo en el Hospital Regional de Cusco Informe N° 211-2025/GRC/GERESA- CUSCO-HRC/OGC Informe de aplicación del paciente que garantiza privacidad De fecha 25/07/2025
Comitente Identificado e la os para a las les y as de los	Se identifican periódicamente principales barreras de acceso de usuarios a servicios (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional), se documenta su análisis y se identifican acciones factibles de implementar desde la institución. (0: No se han identificado; 1: Se han identificado pero no se han establecido acciones para implementarlas; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso	GCA2-5	1 Punto: a. Identificación de barreras de acceso al usuario (pueden ser de tipo geográfico, arquitectónico, económico, cultural u organizacional). Verificar documentos/ Informes/ Actas de Análisis e identificación de barreras de acceso. 2 Puntos, Además: b. En los documentos/ Informes/ Actas de Análisis e identificación de barreras de acceso, debe verificarse acciones para la implementación	2	Informe de identificación y análisis de barreras de acceso de los usuarios, con propuesta de acciones factibles de implementar	Verificación/ Documentos	Informe N° 275-2024-GR CUSCO/GRSC- HRC/OGC-UJAU De fecha 02/09/2024 Identificación de barreras Hospital Regional de Cusco. Se evidencia sugerencias en Informe Informe N° 0459-2024-GR CUSCO/GRSC- HRC-OGC/UJAU De fecha 13/12/2024 Informe N° 187-2025-GRC/GERESA- CUSCO-HRC-OGC De fecha 06/07/2025 Presentación de propuestas de acciones para mejorar barreras Memorando Circ N° 608-2025- GRCUSCO/GERESA-HRC De fecha 15/07/2025 Respuesta a acciones factibles
Comitente Identificado e la os para a las les y as de los	Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado. (0: No se ha implementado ninguna; 1: Se ha implementado menos del 80% de acciones identificadas; 2: Se ha implementado más del 80% de lo identificado).	Proceso	GCA2-6	1 Punto: a. Implementación de más 10% a menos del 80% de acciones identificadas. Verificar los Informes/ Registros del último semestre. 2 Puntos, Además: b. Implementación más del 80% de lo identificado. Verificar los Informes/ Registros del último semestre.	2	Informe oficial de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas	Verificación/ Documentos	Informe N° 188-2025-GRC/GERESA- CUSCO-HRC-OGC De fecha 08/07/2025 Informe de implementación de mejoras para disminuir las barreras identificadas Se verifica resultados preliminares en Informe Informe N° 219-2025-GRC/GERESA- CUSCO-HRC-OGC De fecha 31/07/2025 Avance en la implementación de acción de mejora para responder a las necesidades No se evidencia fuente de porcentaje

Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GCA3-2	1 Punto: a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de quejas. Verificar Manual/ Directiva/ Informe del último semestre. b. Informe de los resultados de los reclamos y se verifica que están por debajo del nivel esperado establecido. En el último semestre 2 Puntos. Además: c. Informe de los resultados de los reclamos y se verifica que están en los rangos del nivel esperado establecido. En el último semestre.	2	Documento que defina metas de atención de quejas. Informe mensual de atención de quejas o reclamos.	Verificación/ Documentos	Informe N° 292-2025-GRC-GERESA CUSCO-HRC-OGC Informe de casos de reclamos resueltos del tercer trimestre 2025 TD 22675
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GCA3-3	1 Punto: a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Último semestre. b. Informe / reporte oficial de la medición del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados menores a lo esperado. Último semestre. 2 Puntos. Además: c. Informe / reporte oficial de la medición del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados en los niveles esperados. Último semestre.	2	Documento que defina metas de atención con buen trato. Informe de Encuestas sobre buen trato.	Verificación/ Documentos	Informe N° 288-2025-GRC/GERESA CUSCO-HRC-OGC Informe de aplicación de encuestas de satisfacción al usuario externo del Hospital Regional de Cusco 2025 Mayor a 50% Por mejorar 40-60% En proceso, menor a 40% Consultorio Externo 44.14% aceptable TD 21738 Emergencia 60.23% aceptable Hospitalización 59.09% aceptable.
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GCA3-4	1 Punto: a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de usuarios que percibieron que la información recibida en la atención es entendible y completa. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Vigente. b. Informe o Reporte oficial del porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención con resultados menores a lo esperado. Último semestre. 2 Puntos. Además: c. Informe o Reporte oficial del porcentaje de usuarios que entendieron la información recibida durante la atención con resultados en los niveles esperados. Último semestre.	2	Documento que defina el nivel de percepción sobre información recibida en la atención. Informe de medición del nivel de percepción sobre información recibida en la atención.	Verificación/ Documentos	Informe N° 288-2025-GRC/GERESA CUSCO-HRC-OGC Informe de aplicación de encuestas de satisfacción al usuario externo del Hospital Regional de Cusco 2025 Mayor a 60% Por mejorar 40-60% En proceso, menor a 40% Consultorio Externo 44.14% aceptable TD 21738 Emergencia 60.23% aceptable Hospitalización 59.09% aceptable Gráfico 2. respuesta a la pregunta que comprende la explicación que los médicos le indican

Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GCA3-5	1 Punto: a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Vigente. b. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados menores a lo esperado. Último semestre. 2 Puntos, Además: c. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados en los niveles esperados. Último semestre.	2	Documento que define metas de atención con privacidad. Informe de porcentaje de usuarios atendidos con privacidad (encuesta)	Verificación/ Documentos	Informe N° 288-2025-GRG/GERESA, CUSCO-HRC-OGC Informe de aplicación de encuestas de satisfacción al usuario externo del Hospital Regional de Cusco 2025 Mayor a 60% Por mejorar 40-60% En proceso, menor a 40% Consultorio Externo 44.14% aceptable TD 21738 Emergencia 60.23% aceptable Hospitalización 59.09% aceptable Gráfico 4 pregunta durante la hospitalización se respeta la privacidad.
Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GCA3-6	1 Punto: a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Vigente. b. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado es menor a lo esperado. Último semestre. 2 Puntos, Además: c. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado en los niveles esperados. Último semestre.	2	Documento que define metas de usuarios satisfechos por la atención recibida. Informe de encuestas de satisfacción	Verificación/ Documentos	Informe N° 288-2025-GRG/GERESA, CUSCO-HRC-OGC Informe de aplicación de encuestas de satisfacción al usuario externo donde detalla la insatisfacción del usuario en diversos servicios, pero no cuenta con porcentaje de satisfacción global del Hospital Regional de Cusco 2025
Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GCA3-7	1 Punto: a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Vigente. b. Informe o reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y el resultado es menor a lo esperado. Último semestre. 2 Puntos, Además: c. Informe o reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y los resultados en los niveles esperados. Último semestre.	2	Documento que define metas de trabajadores satisfechos en su centro laboral. Informe de Encuestas de Clima Organizacional	Verificación/ Documentos	Informe N° 193-2025-GRG/GERESA-CUSCO-HRC-OGC De fecha 08/07/2025 Presentación de documento que define metas de trabajadores satisfechos Informe N° 220-2025-GRG/GERESA-CUSCO-HRC-OGC De fecha 31/07/2025 Informe de resultados sobre satisfacción del personal respecto al clima organizacional último semestre

cimiento evalúa la in del terno y desarrolla de mejora	El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora. (0: No tiene institucionalizado ninguno; 1: Está documentado pero no es verificable; 2: El proceso está documentado y es verificable).	Resultado	GCA3-8	1 Punto: a. Se implementa un proyecto de mejora y se prioriza un proceso de atención. Verificar el informe de implementación del proyecto de mejora. Último semestre. b. Se desarrolla el proceso de atención priorizada, pero no es verificable. Informe/ Acta de desarrollo de procesos de atención. Último semestre. 2 Puntos. Además: c. Se desarrolla el proceso de atención priorizada, es verificable. Informe/ Acta de desarrollo de procesos de atención priorizada. Último semestre.	2	Documentos con procedimientos asistenciales y administrativos priorizados Proyectos de mejora Informes implementados Informes periódicos sobre el mantenimiento de procesos de atención en relación a un proyecto de mejora	Verificación/ Documentos	Se cuenta con proyecto de mejora RD N° 688-2025-GORE CUSCO/GRSC-HRC/UGRH De fecha 23/09/2025. TD 017341 Aprueba proyecto de mejora de sistematización digital de la nutrición neonatal banco de leche humana
---	--	------------------	---------------	---	----------	--	-------------------------------------	---



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO Nivel III-1

Proceso: 4 MANEJO RIESGO DE LA ATENCION							
Objeto: OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE / LIC. ROSARIO BOMBILLA PUMA							
10/09/2025, 23/09/2025, 13/10/2025, 30/10/2025							
Evaluados: EPIDEMIOLOGIA, BANCO DE SANGRE, DPTO DE ENFERMERIA, OGC, NUTRICION, FARMACIA, SALUD OCUPACIONAL, DIAGNOSTICO POR IMÁGENES							
Entes de la Evaluación: MED. MARINA OCHOA LINARES, MED. EDUARDO MENDOZA, TEC. MED. GERMAN SALINAS PINO, QF EDISON SANCHEZ, LIC. SONIA LAZO LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO							
Estándar: MRA-1 MRA-2 MRA-3 MRA-4 MRA-5 MRA-6 MRA-7 MRA-8							
Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	FUENTE AUDITABLE	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta. (0: No tiene definido; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)	Estructura	MRA1-1	2	Documento de designación de responsables por servicios/áreas para el manejo de riesgos Informes de acciones realizadas para el manejo de riesgos	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 75-2025-GORE CUSCO-HRC/UGRH De fecha 28/01/2025 Aprobar la conformación de los responsables de manejo de riesgo de atención emergencia, hospitalización, centro quirúrgico. Se evidencia informes	
El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes. (0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	MRA1-2	2	Documento oficial que describe el sistema de vigilancia epidemiológica. Informe de operativización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del último semestre	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 418-2020-MINSA Aprobar el sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria del Hospital Regional Cusco De fecha 27/10/2020 INF. N° 265-2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OIS Operatividad del sistema de vigilancia epidemiológica hospitalaria primer semestre De fecha 18/07/2025 HT 014954	
El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia. (0: No se dan los espacios; 1: Se dan los espacios de análisis pero no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA1-3	2	Actas de reuniones de análisis de gestión de riesgos en la atención Informe con propuestas para la disminución de riesgos de la atención	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia actas folio 30 De fecha 10/01/2025 folio 45 y 47 De fecha 22/04/2025 RD N° 62-2025-GORE CUSCO Comité de vigilancia, prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS 2025) INF. N° 116-2025-GR CUSCO GERESA Se alerta 70 fallecidos por neumonía en mayores de 5 años, en comparación al mismo periodo años previos (2022, 2023, 2024) en fecha 03/04/2025 HT 6374 En folio 170 y 171	



Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales. (0: No existe; 1: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	MRA1-4	2	Documento oficial que describe el sistema de vigilancia y respuesta frente a eventos adversos. Informe de evaluación de la vigilancia de eventos adversos del último semestre.	Verificación/ Revisión de documentos	Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 Análisis de eventos centinela en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de gestión de servicios de salud. Resolución Jefatural 764-2010/IGSS. De fecha 06/12/2016 INF. N° 350-2025-GR/GERESA-CUSCO-HRC-OGC Informe sobre análisis de incidentes y eventos adversos correspondiente al III trimestre 2025 De fecha 02/10/2025 HT 021182
El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar. (0: No realiza; 1: Se realiza, aunque no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA1-5	2	Documento oficial que contenga los Mecanismos para hacer pública la información referida a la gestión de riesgos y los cambios por efectuar	Verificación/ Revisión de documentos Observación	RD N° 501-2024-GORE.CUSCO De fecha 06/09/2024 Aprobar mecanismos para hacer publicación de la información de gestión de riesgo en la atención componente infecciones asociadas a la atención de la salud IAAS Mecanismos para hacer público la información de la gestión de riesgo en la atención componente IAAS y cambios por efectuar
Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención materna mediante indicadores propuestos para la organización según normas (0: No ha logrado; 1: Ha logrado pero de forma errática; 2: Ha logrado una reducción sostenida).	Resultado	MRA1-6	2	Tres últimos informes de análisis de indicadores de la efectividad de la atención materna. Indicadores de calidad materno neonatal.	Verificación/ Revisión de documentos	INF. N° 27-2025-GR.CUSCO/GERESA-HRC-DE-OIS Situación actual de mortalidad materna en el Hospital Regional de Cusco SE N° 29-2025 De fecha 22/07/2025 HT 015283 Se evidencia indicadores de calidad materna neonatal
El establecimiento de salud ha logrado una reducción sostenida de los casos de muertes maternas en los últimos cinco años (para casos de referencia, se considerará los casos de muerte materna en un periodo de atención mayor a 48 horas). (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA1-7	2	Informe de tasa de mortalidad materna de los últimos cinco años	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia informes anuales desde el 2010 INF. N° 27-2025-GR.CUSCO/GERESA-HRC-DE-OIS Situación actual de mortalidad materna en el Hospital Regional de Cusco SE N° 29-2025 De fecha 22/07/2025 HT 015283 Se evidencia indicadores de calidad materna neonatal
El establecimiento de salud tiene definido el proceso de obtención del consentimiento informado para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se realizan previa información al paciente acerca de riesgos y beneficios de procedimientos planeados, así como los riesgos de no recibir tratamiento. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA1-8	2	Documento que contiene el Mapa Global de procesos o fluxograma del consentimiento informado Resultados de entrevista a diez pacientes informados sobre consentimiento informado	Verificación/ Revisión de documentos Entrevista a una muestra de 10 pacientes informados sobre consentimiento informado	RD N° 607-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC-UGRH De fecha 09/10/2025 Aprobar fluxograma de consentimiento informado para pacientes que ingresan al Hospital Regional de Cusco



El consentimiento informado es diferenciado para niños, ancianos y adultos, así como personas con incapacidad temporal o permanente para dar por sí misma su consentimiento o cuando se trate de pacientes comatosos, con retardo mental, con estado psíquico alterado a través de la persona llamada legalmente a hacerlo. (0: No se realiza; 1: Se aplica parcialmente; 2: Siempre se aplica)	Proceso	MRA1-9	2	Formato/s de consentimiento informado	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia formato de consentimiento informado
Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no es operativo; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA1-10	2	documento/formato oficial de rechazo al procedimiento o tratamiento	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia formato de revocatoria de consentimiento
Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se mide periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA1-11	0	Documento oficial que contiene la metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre manejo de riesgo de la atención Informes de evaluación del conocimiento del usuario interno	Verificación/ Revisión de documentos	No se evidencia
Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales. (0: No se realiza; 1: Se realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA2-1	2	Informe de análisis de indicadores de seguridad transfusional, según norma	Verificación/ Revisión de documentos	Informe N° 0171-2025-HRC-UPSSHYS Informe de indicadores de seguridad transfusional de enero a julio 2025 De fecha 01/09/2025 HT 018505
El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas. (0: No utiliza; 1: Utiliza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA2-2	2	Sellos de seguridad de la sangre en bolsas de sangre Número de unidades transfundidas Registro de Donantes Voluntarios	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	Se evidencia bolsas de sangre con sus respectivos sellos de seguridad Se evidencia registro físico de donantes voluntarios Se evidencia formato estadístico del total de unidades transfundidas de enero a la fecha



ecimiento de la por el iento de las de seguridad adas con la i en sus i fases.	Se indican y aplican las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos o insumos que pueden ser causantes de eventos adversos en la atención de urgencia, en hospitalización y salas de cirugía. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no se implementan mecanismos; 2: Cumple de acuerdo a lo establecido)	Proceso	MRA2-3	2	Manual de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos Documento que contiene las medidas de seguridad para el manejo de medicamentos e insumos	Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo según medidas de seguridad	RD N° 299-2024-MINSA-HRC-UGRH-JDE De fecha 21/05/2025 Manual de seguridad para el manejo de medicamentos del Hospital Regional de Cusco periodo 2024
ecimiento de la por el iento de las de seguridad adas con la i en sus i fases.	Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado. (0: No se establece; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA2-4	2	Documento que indica un mecanismo para realizar el etiquetado de placas radiográficas	Verificación/revisión de documentos Observación Muestreo	RD N° 687-2024-GORE-CUSCO-HRC/UGRH De fecha 05/11/2024 Aprobar guía técnica de etiquetado de placas radiográficas del servicio de Diagnóstico por imágenes del Hospital Regional de Cusco 2024
ecimiento de la por el iento de las de seguridad adas con la i en sus i fases.	Se han establecido y aplican medidas dirigidas a prevenir errores o confusiones en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos debidas a mala identificación de la persona o zona anatómica. (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido de manera sistemática)	Proceso	MRA2-5	1	Documento que contiene las medidas para prevenir errores de identificación	Verificación/revisión de documentos Observación Lista de chequeo en función del procedimiento	Memorando Circular N° 012-2025-GR-CUSCO/GERESA-HRC-JDENF Continuidad de prevención de errores de identificación del paciente De fecha 02/06/2025 INF. N° 090-2025-HRC-JDE Revisión y aprobación de la guía técnica
ecimiento de la por el iento de las de seguridad adas con la i en sus i fases.	Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas. (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	MRA2-6	0	Manual de procedimientos de enfermería en pacientes postrados Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Verificación/revisión de documentos Observación	En proceso
ecimiento de la por el iento de las de seguridad adas con la i en sus i fases.	Se evalúa en cada paciente hospitalizado, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar y se utilizan los métodos apropiados para evitarlos. (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar TVP, pero no se emplean métodos para evitarlos; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	MRA2-7	2	Guía práctica clínica de TVP y TEP Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Verificación/revisión de documentos Observación con lista de chequeo	RD N° 632-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Aprobar GPC para el Diagnóstico y tratamiento Trombosis Venosa Profunda GPC para el diagnóstico y tratamiento en Infección del Tracto Urinario GPC para el diagnóstico y tratamiento Sepsis y Shock Séptico
ecimiento de la por el iento de las de seguridad adas con la i en sus i fases.	En el momento de la admisión, y posteriormente según indicación, se evalúa en el paciente susceptible el riesgo de aspiración y se aplican medidas preventivas. (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	MRA2-8	0	Manual de procedimientos de enfermería Historias Clínicas de pacientes en riesgo	Verificación/revisión de documentos Observación con Lista de chequeo	En proceso

2025

cumplimiento de la guía por el personal de las áreas de seguridad y salud ocupacional en sus diferentes fases.	Se evalúa en cada paciente susceptible, al ingreso y durante la atención, el riesgo de desarrollar desnutrición y se utilizan medidas clínicas para evitarla. (0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar desnutrición, pero no se emplean estrategias para evitarla; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	MRA3-9	1	Guías de práctica clínica que contiene medidas de prevención de la desnutrición Historias Clínicas de pacientes en riesgo Formulario oficial para evaluación de desnutrición	Verificación/ revisión de documentos Auditorías de Historias Clínicas Muestra	RD N° 605-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 21/08/2025 Adopción de Guías de Práctica Clínica para el manejo de la desnutrición o riesgo de desnutrición en el adulto para el Hospital Regional de Cusco 2025
cumplimiento de las normas sobre infecciones	Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres. (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA3-1	2	Documento estableciendo métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo	RD N° 406-2021-MINSA-HRC/UGRH De fecha 16/09/2021 Documento técnico de uso denominado CARE BUNDLE Anexo 2 Medidas para prevenir bacteriemias relacionadas a catéter venoso central. Ficha de entrega del Manual de Bioseguridad a servicios hospitalarios De fecha 21/05/2024
cumplimiento de las normas sobre infecciones	Durante el preoperatorio, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas. (0: No se cumple; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA3-2	0	Guías de práctica clínica Historias Clínicas	Verificación/ revisión de documentos Observación con lista de chequeo para verificar en una muestra de 10 historias	
cumplimiento de las normas sobre infecciones	Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad. (0: Existen en menos del 50% de áreas; 1: Existen en menos del 90% de áreas; 2: Existen en el 100% de áreas)	Estructura	MRA3-3	2	soluciones antisépticas y papel toalla en áreas de manejo de pacientes	Observación con lista de chequeo de servicios	Informe N° 278-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC Informe de disponibilidad de insumos para el proceso de higiene de manos octubre 2025 De fecha 05/10/2025 HT 021371
cumplimiento de las normas sobre infecciones	Se cuenta con mecanismos de control y se evalúa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad: lavado de manos, manejo de antisépticos y desinfectantes, manejo de la higiene hospitalaria, manejo de las precauciones universales con sangre y fluidos corporales. (0: No realiza; 1: Se realiza, pero no está de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA3-4	2	Manual de bioseguridad Plan de implementación de las medidas de bioseguridad Informe trimestral del cumplimiento de las medidas de bioseguridad	Verificación/ revisión de documentos	INF. N° 264-2025-GR-CUSCO/GERESA-HRC-DE-OIS Informe de cumplimiento de medidas de bioseguridad, segundo trimestre (abril a junio) 2025 De fecha 17/07/2025 HT 14953 RD N° 128-2021-MINSA-HRC/UGRH Aprobar manual de bioseguridad hospitalaria V02-HRC

El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria. (0: No se conoce; 1: Se conoce una parte; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	MRA4-1	2	Documento que establece procedimiento para la vigilancia seguimiento y manejo de casos de IIH, Reportes de vigilancia de IIH, Ficha de seguimiento mensual de pacientes	Verificación/ revisión de documentación	RD N° 76-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC De fecha 28/01/2025 Plan de vigilancia epidemiológico Se evidencia reporte de vigilancia de enero a julio de todos los servicios (obstetricia, medicina, cirugía, UCI, UCIN, banco de sangre) Se evidencia ficha de registro de pacientes de manera virtual (tablet) y físico de pacientes
El establecimiento de salud cuenta con información sobre la tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias y la vía de infección y reporta a los niveles correspondientes según norma. (0: No se conoce; 1: Se conoce parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	MRA4-2	2	Informe mensual de la tasa de incidencia de Infecciones Intra Hospitalarias	Verificación/ revisión de documentos	Se evidencia informes desde el mes de enero a la fecha de manera virtual (página web, grupo whatsapp)
Se evalúa según normalidad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia. (0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no periódicamente; 2: Siempre se evalúa según lo establecido por las normas)	Proceso	MRA4-3	2	Informe mensual del registro de Infecciones Intra Hospitalarias Informe sobre la identificación de cepas prevalentes Informe de evaluación de la implementación de normas de antibioticoterapia	Verificación/ revisión de documentos	Se evidencia informe mensual de infecciones intra hospitalarias, cepas prevalentes la implementación de normas se evidencia en la página web del Hospital Regional de Cusco
El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles. (0: Nunca; 1: Está incorporado, pero los objetivos no están claros y/o no son medibles; 2: Está incorporado y los objetivos son claros y medibles)	Estructura	MRA4-4	2	Plan oficial de prevención y control de Infecciones Intra Hospitalarias Plan Estratégico Institucional	Verificación/ revisión de documentos	RD N° 64-2025-GORE CUSCO De fecha 28/01/2025 Aprobar el plan del comité de vigilancia de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) 2025 Se evidencia plan Se evidencia POI Actividad de vigilancia y control epidemiológico Se evidencia en CEPLAN en la página web
El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas (0: No cuenta, no conoce; 1: Cuenta, conocen algunos; 2: Cuenta y conocen)	Proceso	MRA5-1	0	Guías de atención de enfermería actualizadas y aprobadas con R D Historias clínicas	auditoria de 10 historias clínicas	
El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. (0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Evalúan según lo planificado en el año)	Proceso	MRA5-2	2	Plan de intervención de enfermería Historias Clínicas	auditoria	RD N° 767-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 24/10/2025 Procedimiento de enfermería para la identificación del paciente hospitalizado-SOAPIE del Hospital Regional de Cusco



o de ría brinda seguros, ntes y s.	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento). (0: No efectúa; 1: Efectúa, no documenta; 2: Efectúa y documenta sistemáticamente)	Proceso	MRA5-3	0	MAPRO de administración de medicamentos Historia Clínica kardex de enfermería	Verificación/visión de documentos Observación con lista de chequeo en 10 historias	RD N° 290-2024-MINSA-HRC-UGRH-JDE De fecha 21/05/2025 Manual de seguridad para el manejo de medicamentos del Hospital Regional de Cusco periodo 2024
o de ría brinda seguros, ntes y s.	El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes. (0: No registra; 1: Registra parcialmente; 2: Cumple con lo indicado)	Proceso	MRA5-4	2	Historia clínica Documento de reporte de eventos adversos Fichas de notificación de eventos adversos	Verificación/visión de documentos	Se evidencia fichas de notificación de eventos adversos Se evidencia documentos de reporte de eventos adversos de los diferentes servicios de hospitalización Se evidencia registro de eventos adversos INF. N° 350-2025-GR-CUSCO/GERESA-HRC-AE De fecha 08/07/2025 Informe sobre análisis de recurrencias resultados de incidentes y eventos adversos registrados en el Hospital Regional de Cusco I Semestre 2025 HT 9732 (GERESA)
o de ría brinda seguros, ntes y s.	El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal. (0: Nunca realiza; 1: A veces realiza según casos de reacciones no deseables; 2: Siempre realiza según casos de reacciones no deseables)	Proceso	MRA5-5	2	Actas de reuniones de análisis de eventos adversos Documento de acciones de mejora.	Verificación/visión de documentos	Se evidencia acta de reunión de análisis de eventos adversos del 12/03/2025 folio 126 y 127 del servicio de salud mental. Análisis de evento adverso del servicio de Medicina B 25/06/2025 folio 131 al 133 Servicio UCI Adultos. 26/06/2025 folio 135 y 136 UCI Neonatal 26/06/2025 folio 137 y 138 Neurociencias 30/06/2025 folio 139 y 140 Servicio de ginecología 30/06/2025 folio 141 y 142 No hay acción de mejora
ecimiento de definido un a de d y salud nal.	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. (0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%).	Proceso	MRA6-1	2	Manual de bioseguridad	Observación con Lista de chequeo sobre una muestra de 10 trabajadores por áreas de riesgo	RD N° 518-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 04/07/2025 Aprobar Manual de Bioseguridad-2025 del Hospital Regional de Cusco
ecimiento de definido un a de d y salud nal.	Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención. (0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido).	Estructura	MRA6-2	2	Cartillas visibles en servicios	Observación con Lista de chequeo	Se evidencia cartillas en material acrílico en todo el hospital



ecimiento de i definido un a de id y salud nal.	La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados. (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido).	Proceso	MRA6-3	2	Documento de procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de ropa del personal (SOP, emergencia, UCI u otras áreas de riesgo)	Verificación Observación con lista de chequeo	INF. N° 095-2025-GR-CUSCO/IGRS-UGRH/SS/EMERG De fecha 22/08/2025 HT 017911 INF. N° 86 Cirugía A De fecha 13/08/2025 HT 017225 INF. N° 85 Maternidad De fecha 04/08/2025 HT 016343 INF. N° 86 Quemados De fecha 04/08/2025 HT 016344 INF. N° 83 SOP De fecha 24/07/2025 HT 015431 INF. N° 079 Programa de metaxénicas y zoonosis De fecha 18/07/2025 HT 15049 INF. N° 65 Medicina A De fecha 27/05/2025 HT 10554 INF. N° 64 Cirugía B De fecha 23/05/2025 HT 009706 Informe sobre riesgo laboral en ropa hospitalaria contaminada	ecimiento de definido un a de d y salud nal.	La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad. (0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido).	Proceso	MRA6-4	2	Documentos de requerimientos de materiales e insumos de bioseguridad según norma Pecosas	Verificación Inspección de documentos Observación con lista de chequeo	INF. N° 89-SR/VIR-EMERG-HRC Descargo sobre informe de riesgo laboral detectado en ropa hospitalaria De fecha 08/09/2025 HT 17911 Se evidencia registro de entrega de EPPs a todos los servicios. Se evidencia recetas de insumo y salida de farmacia de manera mensual hasta la fecha. Se evidencia pecosas desde el año 2021 al 2025
--	--	----------------	----------------------	----------	--	--	---	---	--	----------------	----------------------	----------	---	---	--



ecimiento de definido un a de id y salud anal.	Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo. (0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido).	Proceso	MRA6-5	2	Reporte de accidentes punzocortantes Informe de acciones realizadas según norma	Verificación/rev isión de documentos	Se evidencia formulario de notificación de accidentes de trabajo no mortal desde enero a la fecha con su respectivo informe de accidentes de trabajo de manera física y virtual INF N° 14-2025-UGH/SSST De fecha 30/01/2025 HT 002238 Accidente punzo cortante INF N° 45-2025-UGH/SSST De fecha 21/04/2025 HT 007443 INF N° 58-2025-UGH/SSST De fecha 21/05/2025 INF N° 78-2025-UGH/SSST De fecha 30/06/2025 INF N° 89-2025-UGH/SSST De fecha 12/08/2025 HT 017109 INF N° 112-2025-UGH/SSST De fecha 30/09/2025 Todos con sus respectivos registros de accidentes de trabajo, descripción y medida correctiva
ecimiento de definido un a de id y salud anal.	En el establecimiento existen instrucciones sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas y las precauciones por adoptarse, las cuales están disponibles en los respectivos servicios. (0: No existen; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido).	Estructura	MRA6-6	2	documento que contenga instrucciones sobre riesgo de transmisión	Verificación/rev isión de documentos Observación	Se evidencia en el manual de bioseguridad
ecimiento de definido un a de id y salud anal.	El establecimiento de salud, en base al mapa de riesgos, implementa programas preventivos contra hepatitis B, tuberculosis, otras patologías infecciosas, VIH/SIDA, radioactividad, explosiones e incendios. (0: No se realiza; 1: Con base en el mapa de riesgos, sólo se implementan 1 o 2 programas de preventivos; 2: Se implementan todos los programas preventivos según el mapa de riesgos)	Proceso	MRA6-7	2	Documento que contiene la identificación de riesgos Programas preventivos en base a identificación de riesgos Informe de evaluación de la implementación de los programas	Verificación/rev isión de documentos	Se evidencia informes de identificación de peligros, evaluación de riesgos y controles de los diferentes servicios desde el mes de mayo INF N° 052.053.054.055.075.076.091.092.102.103.104.105 INF N° 106-2025-GR.CUSCO/GRS-HRC-UJRH-SSST Informe de identificación de peligros, evaluación de riesgos, controles de jefatura de farmacia, consultorios externos De fecha 15/09/2025 HT 019767 Se evidencia matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos de los diferentes servicios, luego plan de acción, condición insegura, evidencia acción correctiva, plazo y responsable, Medidas correctivas de los diferentes servicios con conclusiones y recomendaciones y se evidencia MAPA DE RIESGO. Se evidencia registro de monitoreo de agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, factores de riesgo, registro de inspección interno de seguridad y salud en el trabajo



ecimiento de a definido un a de ad y salud onal	Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	MRA6-8	0	Documento de procedimiento de descontaminación de las áreas de riesgo	Verificación/visión de documentos con Lista de chequeo según norma	Departamento de enfermería no actualizo el documento
ecimiento de a definido un a de ad y salud onal	El personal del establecimiento aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan. (0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido).	Estructura	MRA6-9	2	Manual de prevención y atención de riesgos	Observación con Lista de chequeo Verificación/visión de documentos	RD N° 518-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 04/07/2025 Aprobar Manual de Bioseguridad-2025 del Hospital Regional de Cusco RD N° 519-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 04/07/2025 Aprobar Directiva Sanitaria para el uso de Equipos de Protección Personal para los Trabajadores del Hospital Regional de Cusco
ecimiento de a definido un a de ad y salud onal	El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante. (0: No son implementados; 1: A veces son implementados; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	MRA6-10	2	Reporte de manejo de casos de accidentes punzocortantes	Verificación/visión de documentos	Se evidencia formulario de notificación de accidente de trabajo no mortal Se evidencia informe de accidentes punzocortantes de enero a la fecha con su respectivo informe INF. N° 14-2025-UGH/SST De fecha 30/01/2025 HT 002238 INF. N° 45-2025-UGH/SST De fecha 21/04/2025 HT 007443 INF. N° 58-2025-UGH/SST De fecha 21/05/2025 INF. N° 78-2025-UGH/SST De fecha 30/06/2025 INF. N° 89-2025-UGH/SST De fecha 12/08/2025 HT 017109 INF. N° 112-2025-UGH/SST De fecha 30/09/2025
ecimiento de a definido un a de ad y salud onal	Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido).	Estructura	MRA7-1	2	Manual para la eliminación de residuos sólidos Documentos y Material de difusión de procedimientos para eliminación de residuos sólidos	Verificación/visión de documentos Entrevista	RD N° 202-2021-MINSA-HRC/UGRH Aprobar el manual de procedimientos de almacenamiento final y planta de tratamiento de residuos sólidos del Hospital Regional de Cusco De fecha 27/04/2025 Folio 14 Recolección, transporte externo y disposición final de residuos sólidos



El cumplimiento de la recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma. (0: No realiza; 1: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido).	Proceso	MRA7-2	2	Documento oficial de manejo de residuos sólidos hospitalarios	Observación con Lista de chequeo	Folio 7 Tratamiento de residuo sólido biocontaminado (descripción del procedimiento)
El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente. (0: No realiza; 1: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido).	Proceso	MRA7-3		Documento oficial de manejo de residuos sólidos hospitalarios	Observación con Lista de chequeo	Memorando Cár. N° 04-2025-HRC-OIS-SA Dispone cumplimiento del manual de procedimientos de almacenamiento final y disposición final de residuos sólidos De fecha 20/06/2025
El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención. (0: No cuenta; 1: Tiene un sistema parcial de tratamiento de residuos hospitalarios; 2: Cumple con lo establecido).	Proceso	MRA7-4	2	Documento oficial de control de calidad del agua	Verificación de documentos	INF. N° 321-2025-HRC-OIS/ASA Informa ejecución de actividades de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano correspondiente al mes de julio 2025 De fecha 28/08/2025 HT 18296 RD N° 261-2025-GORE CUSCO Plan de vigilancia de la calidad de agua para el consumo humano del Hospital Regional de Cusco De fecha 25/03/2025
El establecimiento de salud coordina acciones con el gobierno local para realizar los procedimientos de saneamiento básico y el derecho a suministro de agua segura a los usuarios internos y externo, garantizando el acceso a este servicio. (0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.)	Proceso	MRA8-1	2			Se cuenta con agua segura dentro de la Institución para todos los que asisten al Hospital Regional de Cusco (Usuarios internos, externos, para el personal asistencial y administrativos)
El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados. (0: No coordina; 1: Coordina pero no participa; 2: Coordina y participa.)	Proceso	MRA8-2	2			El personal responsable realiza el mantenimiento de los pozos elevados. No se realiza ninguna coordinación con el gobierno local, la institución cuenta con el personal capacitado
El establecimiento de salud coordina con el gobierno local para informar y capacitar a la población sobre las medidas de saneamiento básico y agua segura. (0: No coordina; 1: Coordina, informa pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.)	Proceso	MRA8-3	2			

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Proceso: 5 GESTION ANTE SEGURIDAD Y DESASTRES									
Indicadores: QF, ELLEN PALACIOS GONZALES / LIC. JAIME ALBERTO CUTIRE ARCE									
06/10/2025									
Evaluados: COE									
antes de la Evaluación LIC. DARWIN FIGUEROA ZUNIGA									
Estandar: GSD-1 GSD-2 GSD-3									
Estandar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje		
En acciones de educación de la comunidad al, no al y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Si cuenta según todo lo establecido).	Estructura	GSD1-1	1	Certificado de Inspección Técnica, vigente	Verificación/revisión de documentos	INF. N° 034-2025-HRC/EMED Según el informe algunas observaciones fueron levantadas, algunos no por falta de presupuesto y no se realiza		
En acciones de educación de la comunidad al, no al y funcional.	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. (0: Ninguna obra cumple; 1: Más del 50% de las obras cumplen; 2: Todas las obras cumplen)	Proceso	GSD1-2	0	Informes de evaluación de seguridad de obras realizados por la municipalidad, en las dos últimas obras (ampliación, rehabilitación y remodelación).	Verificación/revisión de documentos	No cuentan con informe, ya que no se cuenta con profesional para la evaluación		
En acciones de educación de la comunidad al, no al y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; 2: Cuentas en todas las áreas según lo establecido).	Estructura	GSD1-3	2	Norma de señalización de seguridad	Observación con Lista de chequeo	Se verifica cumplimiento		
En acciones de educación de la comunidad al, no al y funcional.	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido).	Estructura	GSD1-4	2	Letreros de señalización de ubicación del establecimiento y de la unidad de emergencia	Observación	Se verifica cumplimiento		
En acciones de educación de la comunidad al, no al y funcional.	Se ha señalizado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen. (0: No se ha señalizado; 1: Se ha señalizado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD1-5	2	Conductos y tuberías de fluidos peligrosos (gases, oxígeno, oxido nitroso, aire comprimido) señalizados.	Observación con lista de chequeo de la norma con RM 897-2005	Se verifica cumplimiento		



Las acciones de reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. (0: No cumple; 1: En proceso; 2: Cumple en todas las vías).	Estructura	GSD1-6	1	Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional del último año.	Verificación/Revisión de documentos	INF. N° 03-2025-HRC-EMED-COE Se encuentra en proceso
Las acciones de reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida. (0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.)	Estructura	GSD1-7	2	Vías de entrada o salida a Emergencia	Observación	Se verifica cumplimiento
Las acciones de reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades. (0: No está implementado; 1: Está implementado pero no desarrolla plan; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	GSD2-1	1	R.D. de conformación del Comité Hospitalario de Defensa Civil RD de aprobación del Plan anual de actividades Informe de evaluación trimestral del plan	Verificación/Revisión de documentos	RD N° 280-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH
Las acciones de reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD2-2	1	RD conformación de brigadas de lucha contra incendios, evacuación y evaluación de daños Documento de asignación de equipamiento a las brigadas, según norma.	Verificación/Revisión de documentos Observación con Lista de chequeo	Cuenta con documento de asignación de equipos. No cuenta con RD de conformación de brigadas
Las acciones de reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	GSD2-3	1	Documento oficial que aprueba plan anual de Emergencias y desastres Documento de difusión del plan	Verificación/Revisión de documentos	RD N° 217-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Hay difusión en la página web del Hospital Regional de Cusco
Las acciones de reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	El establecimiento de salud cumple con implementar las acciones que le corresponden de acuerdo a lo establecido en los planes de contingencia y respuesta regional o local ante situaciones de emergencias y desastres. (0: No participa; 1: Si participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso	GSD2-4	2	Planes de contingencia y de respuesta local ante situaciones de emergencias y desastres, actualizados Informe de evaluación trimestral de la implementación de los planes	Verificación/Revisión de documentos	RD N° 270-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH RD N° 265-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH INF. N° 025-2025-HRC-EMED-COE INF. N° 047-2025-HRC/EMED



Plan acciones de coordinación ante situaciones de emergencia y desastres.	El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencia y desastres. (0: No participa; 1: Si participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso	GSD2-5	0	Actas de reuniones multisectoriales de elaboración e implementación de los planes regionales o locales	Verificación/revisión de documentos	No cuenta con actas, ya que el director es el presidente y es él quien se encarga
Plan acciones de coordinación ante situaciones de emergencia y desastres.	Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil. (0: No es revisado; 1: Es revisado pero no de forma periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	GSD2-6	2	Plan de respuesta ante las emergencias del Comité de Defensa Civil Institucional Actas de reuniones de los Comités de Defensa Civil	Verificación/revisión de documentos	RD N° 217-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Acta de reunión del 26/02/2025
Plan acciones de coordinación ante situaciones de emergencia y desastres.	El establecimiento de salud ha realizado al menos dos simulacros por año, durante los últimos 24 meses, para prevenir situaciones de emergencias y desastres basado en su plan de respuesta. (0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Proceso	GSD2-7	2	Informe de evaluación de los simulacros realizados los dos últimos años	Verificación/revisión de documentos	Simulacro nacional de sismo-2025 el 30/05/2025
Plan acciones de coordinación ante situaciones de emergencia y desastres.	Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal. (0: No cuenta; 1: Se cuenta pero no es de conocimiento del personal; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD2-8	0	RD de Guías de manejo de emergencias masivas	Verificación/revisión de documentos Encuesta al personal (al azar)	No cuenta con guías de manejo de emergencias masivas indica que emergencia debe elaborar los protocolos de emergencia y desastres.
Plan acciones de coordinación ante situaciones de emergencia y desastres.	Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres. (0: No cumple; 1: Cumple pero parcialmente; 2: Cumple todo lo establecido)	Proceso	GSD3-1	2	Documentos de difusión de alertas	Verificación/revisión de documentos	La difusión de alertas lo realizan de manera virtual por el grupo, no obstante se imprime uno de ellos para su certificación
Plan acciones de coordinación ante situaciones de emergencia y desastres.	El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad. (0: No cuenta; 1: Cuenta, pero cumple con menos del 80% de lo establecido; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD3-2	2	Ambulancia	Observación con Lista de chequeo de cumplimiento de estándares	Si cumple con los requisitos



en de las y medios ponder ante nes de ncias y es.	Se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud. (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD3-3	2	Sistema alternativo de comunicación	Observación	Radio comunicaciones
en de las y medios ponder ante nes de ncias y es.	El establecimiento cuenta con sistema alternativo que asegure la provisión de energía eléctrica a las áreas críticas, por 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD3-4	2	Sistema alternativo de provisión de energía	Observación	Generador de emergencia
en de las y medios ponder ante nes de ncias y es.	El establecimiento cuenta con un sistema de almacenamiento de agua potable que asegure como mínimo 24 horas ininterrumpidas en caso de que se corte la conexión a la red pública. (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD3-5	2	Sistema alternativo de almacenamiento de agua potable	Observación	Tanque de 150m ³
en de las y medios ponder ante nes de ncias y es.	Se dispone de un stock de reserva de medicamentos, materiales e insumos médicos para la atención de emergencias y desastres de acuerdo a la población asignada o a demanda. (0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	GSD3-6	2	Stock de reserva de medicamentos de acuerdo a la demanda (fórmula MEDIN) Lista oficial de medicamentos para emergencias según categoría de establecimiento de salud	Revisión de documentos Observación con lista de chequeo de medicamentos de emergencias y desastres	INF. N° 031-2025-HRC-EMED

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL - III -1

Macroproceso: **8 CONTROL DE GESTIÓN Y PRESTACIÓN**
 Evaluador(es): **LIC. NATALY SANCEDO CORDOVA**
 Fecha: **30/07/2025 23:08/2025**
 Servicio Evaluados: **OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**
 Participantes de la Evaluación: **MED. YLENIA MORON MENDOZA**

Código Estandar: **CGP-1 CGP-2**

Estandar	Criterio	Tipo Crite no	Código criterio	Verificadores Referenciales para la Matrices	Sustento- Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos sólo para gestión o prestación; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	CGP1-1		https://www.gore.gob.pe/comite-auditoria/13ab02709a920165enDex03NNAWwzDUE-gr-dive-link	2	Planes de Auditoría, Supervisión y Evaluación de los procesos de gestión y prestación. Instrumentos de Auditoría, Supervisión y Evaluación de los procesos de gestión y prestación.	Verificación/ revisión de documentos	RD N° 147-2025-GORE CUSCO-GRSC-HR De fecha 14/02/2025 Plan anual de auditoría de la calidad de atención en salud RM N° 502-2016/MINSA De fecha 15/07/2016 Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud
El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución. (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos para menos del 70% de procesos identificados; 2: Cuenta con plan e instrumentos para más del 70% de los procesos identificados).	Estructura	CGP1-2		https://www.gore.gob.pe/comite-auditoria/13ab02709a920165enDex03NNAWwzDUE-gr-dive-link	2	Actas de reunión de los responsables para la elaboración de los indicadores de los planes	Verificación/ revisión de documentos	Acta de reunión de los miembros del comité auditoría para la elaboración del plan anual de auditoría De fecha 03/02/2025 Folio 85 y 86 Acta de reunión para el uso de instrumentos de auditoría De fecha 11/06/2025 Folio 103 y 104
El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal).	Proceso	CGP2-1		https://www.gore.gob.pe/comite-auditoria/13ab02709a920165enDex03NNAWwzDUE-gr-dive-link	2	Certificados de capacitación de 60 horas a más, en auditoría, supervisión y evaluación al personal responsable	Verificación/ revisión de documentos	Se verifica registro de equipo de auditoría, de verificar registro nacional de auditoría (RNA) personal médico y personal de salud en general
El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	CGP2-2		https://www.gore.gob.pe/comite-auditoria/13ab02709a920165enDex03NNAWwzDUE-gr-dive-link	2	RD de conformación del Comité de auditoría Certificados de capacitación de 60 horas a más, de los integrantes del comité auditoría de casos, fallecidos y muerte materna	Verificación/ revisión de documentos	Informe auditoría de muerte materna Auditoría N° 004-2025-HRC-OGC-CAS (codig CAS-2025) RD N° 55-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/ De fecha 26/01/2025 Designación de coordinador de auditoría RD N° 94-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/ De fecha 20/01/2025 Comité de auditoría en salud y comité de auditoría médica RD N° 189-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC De fecha 25/02/2025 Equipo de auditoría por departamento Se verifica registros de auditoría



El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Se cuenta con información actualizada de los indicadores de la gestión y prestación, y sus valores están dentro de los estándares establecidos para la organización. (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal).	Estructura	CGP2-3	https://drive.google.com/drive/folders/1Qa1JAC6838aLm6C4T7C9u1C0Z4g2Nup-8?usp=sharing Ver link	2	Informe de los indicadores de gestión y prestación de los últimos tres meses.	Verificación/ revisión de documentos	Informe N° 173-2025-GR CUSCO/GERESA/ OIS-UEEI De fecha 18/06/2025 Producción servicios internados Informe N° 175-2025-GR CUSCO/GERESA/ OIS-UEEI Remite indicador de desempeño- Acuerdo ; Informe N° 176-2025-GR CUSCO/GERESA/ OIS-UEEI De fecha 15/07/2025 Indicadores hospitalarios
El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud realiza acciones de evaluación de los procesos de gestión y prestación de acuerdo al plan establecido. (0: No se cuenta; 1: Los indicadores no están en el nivel establecido por la institución; 2: Los niveles están dentro de lo establecido por la institución)	Estructura	CGP2-4	https://drive.google.com/drive/folders/1U_2N4u_LuL_A2bL8EVS4H15u8f_GW27u8E?usp=sharing Ver link	2	POI vigente Informe de evaluación de los procesos de gestión y prestación de los últimos tres meses.	Verificación/ revisión de documentos	RD N° 101-2024-GORE CUSCO-GRSC-HR De fecha 21/02/2024 Plan operativo institucional POI multi anual 2 Informe 344-2025-GR CUSCO/GERESA-JE De fecha 04/07/2025 Informe II trimestre auditoría
El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la práctica clínica en las atenciones realizadas en emergencia. (0: Nunca se realiza; 1: Se realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza dentro del plan establecido)	Proceso	CGP2-5	https://drive.google.com/drive/folders/1JH0Z9Hue07G0N7Huc-8?usp=sharing Ver link	2	Informes del autotoma de la calidad de atención en emergencia	Verificación/ revisión de documentos	Auditoría N° 002-2025-HRC-OGC-CAS (Cód CAS-2025) Auditoría en la calidad en salud (Auditoría p en emergencia y medicina B) Se verifica detalle en relación a guías de práctica clínica aprobadas Auditoría N° 004-2025-HRC-OGC-CAS (Cód CAS-2025) Auditoría de la calidad en salud (Auditoría de
El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de práctica clínica en las atenciones obstétricas y neonatales de emergencia. (0: No realiza; 1: Si realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	CGP2-6	https://drive.google.com/drive/folders/1a5k8uTaf_62m8e8m8n8h8e8?usp=sharing Ver link	1	Informes de auditoría de la calidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia o Informe de FON Historias clínicas de pacientes obstétricas y neonatales de emergencia GPC para atenciones obstétricas y neonatales de emergencia	Verificación/ revisión de documentos Auditoría	RD N° 429-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC De fecha 02/06/2025 Aprobar guías de práctica clínica Auditoría N° 001-2025-HRC-OGC-CAS (Cód CAS-2025) Auditoría de caso en emergencia/muerte ma Se evidencia AGREE con información de ginecoobstetricia Historia 0777705 Auditoría N°018-2024-HRC-OGC-CAS (Cód CAS-2024) Auditoría de caso en neonatología Historia clínica 0955004 No cuenta con GPC Se evalúa con guía de Ministerio de Salud

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

MACROPROCESO :	7 ATENCION AMBULATORIA
Evaluadores:	OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE / CD KELLY NINA ABRIL
Fecha:	22/10/2025
Servicio Evaluados:	CONSULTORIO EXTERNO
Participantes de la Evaluación	LIC. MARTHA VALDIVIA MOLINA
Código Estándar	ATA-1 ATA-2 ATA-3 ATA-4

Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Verificadores Referenciales, para la Valoración	Sustento Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud tiene mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.	Estructura	ATA1-1	1 Punto: a. Se observa señalización y mecanismos de información visibles pero no en todas las áreas de primer contacto para el usuario. Verificar, a través de una lista de chequeo y que esté acorde a la norma vigente, si se realizó la adecuación, que esté aprobado con Memo/ RD/IRG. 2 Puntos. Además: b. Se observa señalización y mecanismos de información visibles en todas las áreas de primer contacto para el usuario. Verificar, a través de una lista de chequeo y que esté acorde a la norma vigente, si se realizó la adecuación, que esté aprobado con Memo/ RD/IRG.	https://drive.google.com/drive/folders/1W5iCCm-3-SNzT70wZZc-L71Y3dUvDp2usp=dirve link	2	señalización y mecanismos de información, según normativa vigente	Verificación/ Documentos Observación (aplicación de lista de chequeo)	Se evidencia señalización e información en áreas de contacto con el paciente
El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. (0: No tiene publicado; 1: Publica y no coincide con la realidad; 2: Está publicado y coincide con la realidad).	Estructura	ATA1-2	1 Punto: a. Se observa publicada la cartera de servicios de consulta externa. Verificar, a través de una lista de chequeo, la cartera de servicios aprobado con RD/IRG. 2 Puntos. Además: b. Los mensajes que contiene la publicación de la cartera de servicios de consulta externa es comprensible para usuario. Verificar, a través de una encuesta a una muestra de 10 a 20 usuarios y que los resultados sean comprensibles en más del 80% de encuestados.	https://drive.google.com/drive/folders/1y4KfAtbpV1kxwO1hEOs2QuirKthp17usp=drive link	2	Cartera de servicios publicada Encuesta a usuarios	Verificación/ Documentos: Observación (aplicación de lista de chequeo) Muestreo/ Encuesta al usuario	Se evidencia cartera de servicio, ubicado de visible. Se realiza encuesta a usuarios para saber si que servicios tiene el Hospital Regional de C



000097

El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales. (0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal formado; 2: Dispone y está a cargo de personal formado que lo asume constantemente)	Estructura ATA1-3	1 Punto: a. Se observa el área de triaje y cuenta con personal a cargo del área, pero no está capacitado. Verificar, a través de una lista de chequeo, los contenidos mínimos del área de triaje, el Memor RDIRG de asignación de funciones en triaje. 2 Puntos. Además: b. El personal a cargo del área de triaje ha sido capacitado. Verificar, el certificado/ constancia emitida por la institución o entidades formadoras/ académicas con horas académicas superiores a 24 horas y está disponible en el área de recursos humanos.	https://drive.google.com/drive/folders/1th4qv0NM6uZQ13X3YX-13X3YX-RIP1T9LLWQw9ZusQ?usp=drive_link	2	Servicio de triaje Informe de inducción y capacitación de personal o documento de capacitación	Verificación/ Documentos: Observación (aplicación de lista de chequeo)	INFORME N° 019-2025-GERESA/HADC-JCE Solicita revisión y aprobación del plan de trabajo del servicio de triaje en RCP. De fecha 29/04/2025 HT 7924 con evidencia fotográfica. RCP básico y avanzado. Atención de enfermería paciente que padece de epilepsia. Equipamiento en consultorio externo. Atención en enfermería en tópico. Funciones enfermería y funciones del personal técnico
El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución. (0: > a 5%; 1: >0% y <5%; 2: 0%)	Proceso ATA1-4	1 Punto: a. Documento oficial que contiene las políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria y los resultados están entre >0% y <5%. Verificar, política que este aprobado en Acta/ Memor/ RDIRG, los resultados está en un registro/ Informe oficial del EE-SS. 2 Puntos. Además: b. Los resultados de los usuarios que no accede a la atención ambulatoria es 0%. Verificar, los resultados está en un registro/ Informe oficial del EE-SS.	https://drive.google.com/drive/folders/1W1a855CcIN5o1pXmV5e27B3Wl1rZ5Og?usp=drive_link	2	Documento oficial que establece mecanismos y metas para reducir número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria Registros ó informes de evaluación de demanda insatisfecha de los dos últimos trimestres.	Verificación/ Documentos: HADC	Informe mensual de producción mes mayo consultorio externo Hospital Regional de Cuzco donde se evidencia formatos de resumen diario donde especifica número de desórdenes INF. N° 46-HRC-2025-GERESA-HADC-JCE Informe mensual de producción mes junio 2 consultorio externo Hospital Regional de Cuzco donde se evidencia formatos de resumen diario donde especifica número de desórdenes INF. N° 47-HRC-2025-GERESA-HADC-JCE Informe mensual de producción mes julio 2 consultorio externo Hospital Regional de Cuzco donde se evidencia formatos de resumen diario donde especifica número de desórdenes Se evidencia informes mensuales hasta la 1



El establecimiento de salud ha desarrollado 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.	El establecimiento de salud ha desarrollado 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.	Proceso	ATA1-5	1 Punto: a. Se observa que no todas las áreas de atención han implementado estos mecanismos de atención preferente. Verificar, a través de una lista de chequeo, se verifica las espacios/ mecanismos preferentes en algunas áreas de atención al usuario. Acta/ Directiva aprobada (Memo/RD/RG), que establece la atención preferente. 2 Puntos. Además: b. Los resultados de los usuarios que no accede a la atención ambulatoria es 0%. Verificar, a través de una lista de chequeo, se verifica los espacios/ mecanismos preferentes en la totalidad de áreas de atención al usuario.	https://drive.google.com/drive/folders/19D1a8BKAl9T5ILUBWML4leDw4OS-Ghg2u3p-drive-link	2	Documento oficial que define mecanismos de atención preferencial	Verificación/ Documentos/ Observación (aplicación de lista de chequeo)	Se evidencia directiva de atención preferente Hospital Regional Cusco Atención preferencial obligatoria Memorando Circular N° 007-2025-JSCCH/ Atención preferencial a pacientes en situación prioritaria en consultorio externo. Se evidencia memorando circular en todos consultorios y al momento de la evaluación observa que se cumple el memorando
La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida.	Estructura	ATA2-1	1 Punto: a. Cuenta con Plan de GPC oficializadas y cuenta con GPC, para algunas etapas de vida. Verificar, Plan aprobado con Memo/RD/RG y GPC aprobadas con RD/RG de algunas Etapas de Vida. 2 Puntos. Además: b. Cuenta con GPC para todas las etapas de vida. Verificar, GPC aprobadas con RD/RG, según plan aprobado.	https://drive.google.com/drive/folders/1x6COvdxUExBDOEC6oK3AwAOJl6UO7w?usp=drive-link	0	ASIS Institucional Guías de práctica clínica abordando patologías más frecuentes identificadas en las diversas etapas de vida, aprobadas.	Verificación/ Documentos	RD N° 430-2025-GORE CUSCO-GRSC-HR De fecha 02/06/2025 Aprobado. GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica. GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de A para el Diagnóstico y Tratamiento de Tuberculosis. GPC para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedad Pulmonar Intersticial del Hospital Regional de Cusco

La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	E) 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. (0: No cuenta con ninguna; 1: Sólo tiene de algunas etapas de vida; 2: Cuenta para todas las etapas)	Estructura ATA2-2	1 Punto: a. Evidencia documentaria de la existencia de un mecanismo para evaluar el cumplimiento de las GPC, durante el último año. Verificar, instrumentos/ de evaluación de cumplimiento de GPC aprobados con Memor RD/RG y/ Informes de Auditorías de la calidad de atención desarrollados de algunas etapas de vida. 2 Puntos. Además: b. Cumplimiento de las GPC oficiales durante el último año. Verificar, instrumentos/ de evaluación de cumplimiento de GPC aprobados con Memor RD/RG y/ Informes de Auditorías de la calidad de atención desarrollados para todas las etapas de vida.	https://drive.google.com/drive/folders/13Gcd0f_CZ2tHNR5KcAUG1tpe0b60YeK e-link: 47u3o--drive-link	0	Documento oficial de mecanismos para evaluar cumplimiento de las GPC. Informes de auditoría de la calidad de registros de la atención. Informes de evaluación del cumplimiento de las GPC del último año.	Verificación/ Documentos	
La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	E) plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). (0: No cuenta con equipo; 1: Tiene equipo, pero no es operativo; 2: Cuenta con equipo y cumple con actividades previamente establecidas)	Estructura ATA2-3	1 Punto: a. Se verifica que entre el 50% y el 80% de las historias sigue los lineamientos de las GPC sobre la misma muestra, durante el último año. Verificar, Informe de Evaluación de la Calidad de Registro. 2 Puntos. Además: b. Se verifica que más del 80% de las historias sigue los lineamientos de las GPC sobre la misma muestra, durante el último año. Verificar, Informe de Evaluación de la Calidad de Registro.	https://drive.google.com/drive/folders/1B2H-WWWHyZGqll6nLTduDl0dMM4gMCKJNK7u3o?usp=drive-link	0	Informes de auditoría de la calidad de registros de atención de las HCL con adherencia a las GPC.	Verificación/ Documentos	
La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. (0: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Cumplen entre 70,1% y 90%; 2: Más del 90,1% cumplen con GPC)	Proceso ATA2-4	1 Punto: a. Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado, en el último año. Verificar, Los resultados en aplicativo FON (MINSA) y el Informe muestra un resultado de cumplimiento entre 70,1% y 90%. 2 Puntos. Además: b. Evaluación oficial del cumplimiento de los estándares e indicadores para la atención prenatal con resultados inferiores a lo esperado, en el último año. Verificar, Los resultados en aplicativo FON (MINSA) y el Informe muestra un resultado de cumplimiento es mayor al 90%.	https://drive.google.com/drive/folders/1OIE43WIBYUW5a10fVNV8-6TQ-EnSvnc_7u3o?usp=drive-link	2	Informes de evaluación de indicadores de atención prenatal (FON), de los últimos trimestres.	Verificación/ Documentos	Inf. N° 42-ESSSR/DGO-HRC Remite Informe técnico de FONE II Hospital Regional de Cusco correspondiente I semestre 2024 INFORME N°42-ESSSR-JO/DGO-HRC Remite informe técnico FONE II 91,3% Hosp Regional de Cusco correspondiente al I sem 2024 Si califica para el 2025 el sistema de apertura



0000001

El establecimiento desatende programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	El establecimiento brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución. (0: No disponible; 1: Disponible para algunos/o conocen; 2: Está definido/imprecoy el personal lo conoce).	Estructura ATA3-1	1 Punto: a. Se verifica que entre al 50% y el 80% de usuarios recibe información según mecanismos establecidos para la misma muestra (10 a 20 usuarios), en el último año. Verificar, instrumentos de comunicación al usuario aprobado con Memo/ RD/RG y los registros de los resultados de la encuesta. 2 Puntos. Además: b. Se verifica que el 80% o más de usuarios recibe información según mecanismos establecidos para la misma muestra (10 a 20 usuarios), en el último año. Verificar, instrumentos de comunicación al usuario aprobado con Memo/ RD/RG y los registros de los resultados de la encuesta.	https://drive.google.com/drive/folders/11Q3d8gRzbsHcuEUFQ5X5lm2mBqu1br?usp=drive_link	2	Encuesta a usuarios externos basada en documento oficial que define mecanismos de información de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	Encuesta	Informe N° 288-2025-GRC/GERESA-CUSC OGC Asunto: Informe de aplicación de encuestas satisfacción del usuario externo del Hospital de Cusco Análisis de resultados de evaluación de las componente información para la calidad. Se del Usuario Externo
El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	El establecimiento de salud implementa estrategias educativo-comunicacionales para mejorar en la mujer, la familia y la comunidad la capacidad de reconocer signos de alarma y complicaciones clínicas con el fin de buscar ayuda. (0: No implementa; 1: Implementa estrategias educativo-comunicacionales, pero no de forma sostenida ni periódica; 2: Efectúa charlas, sistemática y periódicamente, según lo planificado).	Proceso ATA3-2	1 Punto: a. Define e implementa estrategias educativo-comunicacionales de forma esporádica, en el último año. Verificar, instrumentos de comunicación al usuario aprobado con Memo/ RD/RG. Informe de implementación de estrategias comunicacionales. 2 Puntos. Además: b. Estrategias Educativo-comunicacionales/ charlas sistemáticas y periódicas, en el último año. Verificar, Informe de implementación de estrategias Educativo-comunicacionales/ Charlas.	https://drive.google.com/drive/folders/1AamYO-3QADALuol19eZcg91K_Oqix7usp-dlve-link	2		Verificación/ Revisión de Documentos	INF. N° 15-ESSSR/DGO-HRC Plan sobre la semana de Maternidad Salud Segura y Voluntaria con el lema " MAS SA PARA TI, MAS VIDA PARA TU BEBE" De fecha 02/05/2025 HT 006129 INFORME N° 32-ESSSR/DGO-HRC Actividades a realizarse por la semana de Planificación familiar "PLANIFICA TU FUTURO METODO SEGURO" De fecha 31/07/2025 HT 016023



000093

El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.	El establecimiento desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes.	Proceso	ATA-6	1 Punto: a. Cuenta con el Programa de prevención de patologías más frecuentes, comprende algunas patologías y los implementa. Verificar, Plan/ Programa aprobado Memo/ RD/RC que comprende algunas patologías establecidos en el ASIS y el Informe de implementación. 2 Puntos. Además: b. Implementa toda las patologías. Verificar, Informe de implementación de toda las patologías establecidas en el ASIS.	https://drive.google.com/drive/folders/1aGR9D-YLz7BmX_aLluc2pDeUaazDm7u3p?drive_link	2	ASIS Institucional Plan Operativo Informes de desarrollo de Programas de prevención para patologías más frecuentes.	Verificación/ Revisión de Documentos	Se evidencia ASISHO Informe de desarrollo de programas de pie las patologías más frecuentes en el servicio consultorios externos De fecha 22/10/2025 HT 022549
--	--	---------	-------	--	---	---	---	--------------------------------------	--

Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	El establecimiento cuenta con mecanismos operativos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios y son conocidos por el personal	Estructura	ATA-1	1 Punto: a. Cuenta con la plataforma/ registros e instrumentos para registrar las sugerencias, quejas/ reclamos, pero no están operativos. Verificar, Informe de implementación de la plataforma/ registros/ instrumentos y el responsable aprobados/ reconocidos con Memo/ RD/RC. 2 Puntos. Además: b. Cuenta con data/ información de sugerencias, quejas/reclamos y el personal conoce de los procedimientos. Verificar, Registro de sugerencias quejas/reclamos con data y 50% a más de los trabajadores conocen de los procedimientos (a través de una encuesta).	https://drive.google.com/drive/folders/1aGR9D-YLz7BmX_aLluc2pDeUaazDm7u3p?drive_link	2	Documento oficial (MAPRO. Directiva) de mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios Informe mensual de sugerencias, quejas y reclamos. Encuestas aplicadas sobre conocimiento del personal	Verificación/ Revisión de Documentos/ Encuestas	Directiva Administrativa que regula la gestión de consultas, reclamos y sugerencias en salud Resolución Gerencial Regional N° 01022-20 GRUSCOGERESA De fecha 02/07/2025 Aprobó la directiva administrativa que regula la gestión de consultas, reclamos y sugerencias en salud de la Gerencia Regional de Salud Cui INF N° 040-2025-MAVUSMC-HRC Informe semestral de quejas y sugerencias INF N° 52-2025-MAVUSMC-HRC Informe del III trimestre quejas y sugerencias De fecha 06/10/2025 HT 021539 Se pregunta a los trabajadores del Hospital si conocen o no el flujo de reclamos y sugerencias Se evidencia acta de fecha 30/06/2025 folio Porcentaje de trabajadores que conocen el procedimiento de mecanismos de sugerencias reclamos, se pregunta al personal de consultorios externos si conocen o no el flujo de quejas y sugerencias
---	---	------------	-------	---	---	---	---	---	---

Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	El establecimiento de salud cumple con implementar mecanismos que incentivan y facilitan a los pacientes a consignar sugerencias o quejas por la atención ambulatoria.	Proceso	ATA-2	1 Punto: a. Cuenta con mecanismos de incentivo y facilitan para consignar las sugerencias, quejas/ reclamos de manera esporádica. Verificar, Acta/ directiva de incentivo aprobado con Memo/ RD/RC y personal asignado para facilitar el registro. 2 Puntos. Además: b. Incentivan y facilitan de manera sostenida y permanente. Verificar, Registro de usuarios que fueron beneficiados con los incentivos y personal asignado para facilitar el registro.	https://drive.google.com/drive/folders/1aGR9D-YLz7BmX_aLluc2pDeUaazDm7u3p?drive_link	2	Buzones accesibles o medios de difusión o afiches o formatos disponibles u otros.	Observación	Se evidencia buzones de sugerencia o reclamos ambientales INF N° 052-2025-MAVUSMC-HRC Informe del III trimestre de quejas y sugerencias De fecha 06/10/2025 HT 102539
---	--	---------	-------	--	---	---	---	-------------	---



000092

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	8 ATENCION HOSPITALIZACION
Evaluador(es):	OBSTA. LISSETH ASCUE ESCALANTE / LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO
Fecha:	10/09/2025, 17/09/2025, 30/09/2025, 02/10/2025, 10/10/2025
Servicio Evaluados:	CIRUGIA A, CIRUGIA B, MEDICINA A, MEDICINA B, MEDICINA C, PEDIATRIA B, NEONATOLOGIA, MATERINIDAD, GINECOLOGIA, TRAUMATOLOGIA, NEUROCIENCIAS, SALUD M
Participantes de la Evaluación	JEFES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS
Código Estándar:	ATH-1 ATH-2 ATH-3 ATH-4 ATH-5 ATH-6 ATH-7

Estándar	Criterio	Tipo Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento que cuenta con interanamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de interanamiento institucional y por cada uno de los servicios. (0: Nunca identifican; 1: Identifican esporádicamente; 2: Identifican continuamente)	Estructura	ATH1-1	2	ASIS institucional	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 239-2024-MINSA-HRC-UGRH-J De fecha 24/04/2024 Aprobar Analisis Situacional de los Servicios de Hospitalización (2023
El establecimiento que cuenta con interanamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución. (0: No consideran; 1: Consideran pero no de manera completa; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	ATH1-2	1	Acta de reunión de identificación de necesidades de mejora de los procesos de atención y de formulación de propuestas por servicio Informe de implementación de los mismos.	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia actas de reunión de identificación de necesidades. Se evidencia informes de acciones de mejora, solicitudes de requerimientos presentadas hacia la dirección por algunos de los de hospitalización. En algunos servicios de hospitalización todo los acuerdos solo q libro de acta. Se sugiere que toda reunión de identificación de necesidades de a convocar a la Dirección Ejecutiva
El establecimiento que cuenta con interanamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto. (0: Nunca formulan, no identifican, ni comunican; 1: Realizan algunas de las acciones; 2: Realizan sistemáticamente todas las acciones)	Proceso	ATH1-3	0	FOU o Informe de encuestas a familiares o pareja	Verificación/ Revisión de documentos o Encuestas	Debido a la infraestructura que se tiene en el Hospital, no se per acompañamiento de la pareja en el momento del parto. Se evidencia informe desde jefatura del Departamento de Ginec obstetrica a la Dirección sobre este item
El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de interanamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de interanamiento según priorización aprobada. (0: Nunca cumple; 1: A veces cumple; 2: Siempre cumple)	Proceso	ATH2-1	1	Cuadro de necesidades, requerimientos y procesos de los servicios hospitalarios o SIGA	Verificación/ Revisión de documentos o Entrevistas	Se evidencia cuadro de necesidades de algunos servicios de Hospitalización. Se evidencia formatos de procesos en todos los servicios desde anteriores. Se evidencia informe de requerimientos por los diferentes servic Hospitalización



000091

El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Las Jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización. (0: Las jefaturas nunca incentivan; 1: A veces incentivan y aprueban; 2: Incentivas y aprueban las planificadas)	Proceso	ATH2-2	2	Actas de reunión de elaboración de GPC RD de aprobación de las Guías de práctica clínica ASIS o reporte estadístico	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia actas de reunión de Adopción de Guías de Práctica Se evidencia Guías de Práctica Clínica aprobadas con RD todos RD 426-2022-GORE CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar GPC del departamento de Cirugía (Adopción de 10 GPC RD 632-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar GPC del Departamento de Medicina (3 GPC) RD 430-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar GPC del departamento de Medicina (4 GPC para el año RD 428-2022-GORE CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar GPC del Departamento de Gineco Obstetricia (2 GPC) RD 429-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar GPC del Departamento de Gineco Obstetricia (2GPC) RD Nº 445-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar la adopción de guías de práctica clínica del Servicio de I Departamento de Pediatría y Neonatología (3 GPC)
El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución. (0: No cuenta con normas relacionadas; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	ATH2-3	1	Informe trimestral de estudio de medición entre el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento Informe de acciones tomadas para reducir el tiempo transcurrido.	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia en todos los servicios el informe de medición del tiempo transcurrido desde emergencia hasta hospitalización, implementado cuaderno de ingreso la hora de pedido de camas desde emerger hospitalización. No todos los servicios presentan informe de acción mejora
El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	El personal de salud que realiza procedimientos a los pacientes, cumple las medidas de bioseguridad. (0: Conocen, 1: Conocen y a veces cumplen; 2: Conocen y siempre cumplen)	Proceso	ATH3-1	2	Lista de chequeo aplicada	Observación con lista de chequeo	Se registra hoja de supervisión de bioseguridad. Personal cumple con las medidas de bioseguridad
El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Las infecciones intrahospitalarias u otros eventos adversos ocurridos en el internamiento son registrados, analizados y evaluados según normas vigentes. (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)	Resultado	ATH3-2	2	Registro de IHI y eventos adversos Informe de análisis de IHI y eventos adversos identificados Actas de reuniones de análisis de IHI y eventos adversos	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia registro de eventos adversos en todos los servicios Informe N° 076-2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-USP Informe de análisis de incidentes y eventos adversos correspondiente al trimestre 2025 Se evidencia actas de reuniones y análisis de eventos adversos
El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Los casos de mortalidad por enfermedades transmisibles, ocurridas en hospitalización son auditados con la finalidad de tomar decisiones de corresponder. (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)	Resultado	ATH3-3	2	Informes de auditoría del último año. Informe de implementación de las recomendaciones del último año.	Verificación/ Revisión de documentos	INF. N° 109-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC Auditoría de Gestión Clínica evaluación de la Calidad de Registros Asistenciales de Historias Clínicas Registros Médicos y Registros Enfermeros, Obstetra en los Servicios de Hospitalización del Hospital Regional de Cusco De fecha 13/05/2025 HT 006791 Se evidencia actas de levantamiento de recomendación con su respectivo informe en todos los servicios



090000

El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	Los casos de mortalidad materna ocurridas en el establecimiento de salud son auditados con la finalidad de tomar decisiones para superar las condiciones asociadas al evento. (0: No registrados; 1: Eventualmente registrados y/o evaluados; 2: Registrados, analizados y evaluados)	Proceso	ATH3-4	2	Informes de auditoría del último año Informe de implementación de las recomendaciones del último año	Verificación/ Revisión de documentos	INF. N° 109-2025-GRC/GERESA-Cusco-HRC-OGC Auditoría de Gestión Clínica evaluación de la Calidad de Registros Asistenciales de Historias Clínicas Registros Médicos y Registros Enfermería, Obstetricia en los Servicios de Hospitalización del Hospital Regional de Cusco De fecha 13/05/2025 HT 006791. Se evidencia actas de levantamiento de recomendación con su informe en todos los servicios
Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Los servicios de internamiento cuentan con guías de práctica clínica de atención de las diez patologías más frecuentes atendidas por cada servicio. (0: No cuenta; 1: Cuenta para algunos, pero menor a diez; 2: Cuenta para los diez)	Estructura	ATH4-1	1	ASIS institucional o documento similar (estadísticas hospitalarias) Guías de práctica clínica aprobadas con RD	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia Guías de Práctica Clínica en los diferentes servicios solo cuentan con 3 a 5 GPC, solo se tiene 10 GPC con las patologías frecuentes en el Departamento de Cirugía
Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se alcanzan permanentemente los niveles esperados en los estándares e indicadores para la atención de partos según normas vigentes. (0: No se alcanzan; 1: Se alcanzan, pero no continuamente; 2: Se alcanzan sistemáticamente y los rangos están dentro de lo esperado)	Resultado	ATH4-2	2	Informe de evaluación trimestral/semestral de indicadores (FCV), según norma.	Verificación/ Revisión de documentos	Informe N° 042-ESSSR-JOJINGO-HRC Revisión Informe técnico de FONE II del Hospital Regional de Cusco correspondiente al año 2024 De fecha 06/12/2024 HT 021526
Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Las guías de práctica clínica son implementadas por los miembros de cada equipo de trabajo y se evidencian en la historia clínica. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	Proceso	ATH4-3	0	HCI seleccionadas GPC seleccionada, Lista de chequeo para revisión de HCI	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	RD N° 684-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 05/11/2025 Aprobar lista de verificación de adherencia, chequeo de las historias clínicas a la Guía de Práctica Clínica en el Hospital Regional de Cusco
Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se monitoriza la adherencia a las guías de práctica clínica para la atención de las complicaciones obstétricas (hipertensión inducida por el embarazo y hemorragias obstétricas). (0: Nunca son implementadas; 1: A veces son implementadas; 2: Siempre son implementadas)	Proceso	ATH4-4	2	Informe de monitoreo de adherencia a las GPC del último semestre	Verificación/ Revisión de documentos	Informe N° 285, 286, 287-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OC Informe de adherencia a las guías de práctica clínica del departamento ginecología y obstetricia, Departamento de Pediatría y Neonatología Departamento de Medicina del Hospital Regional de Cusco De fecha 09/10/2025 HT 021600

Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	Se auditan las historias clínicas y se toman acciones para mejorar los procesos. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se conoce; 2: Siempre se evalúa y se comunica el informe)	Estructura	ATH-6	2	Informes de auditoría de HC Informes de seguimiento de recomendaciones	Verificación/ Revisión de documentos	INF. n° 109-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC Auditoría de Gestión Clínica evaluación de la Calidad de Registros Asistenciales de Historias Clínicas Registros Médicos y Registros Enfermería, Obstruta en los Servicios de Hospitalización del Hospital Regional de Cusco De fecha 13/05/2025 HT 008791 Se evidencia actas de levantamiento de recomendación con su informe en todos los servicios
El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	El usuario comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos referidos a su caso. (0: <50% recibe y comprende la información; 1: >50,1% y <80% recibe y comprende; 2: >80,1% recibe y comprende la información)	Resultado	ATH-5-1	2	Informe de encuesta sobre grado de comprensión de información recibida o Cuestionario aplicado	Muestreo Entrevista o revisión documental	Informe N° 288-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC Informe de aplicación de encuestas de satisfacción del usuario e Hospital Regional de Cusco 2025 De fecha 10/10/2025 HT 021738
El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	Las historias clínicas contienen el consentimiento informado del paciente para su atención en el internamiento. (0: No contienen; 1: Contienen pero no en toda la muestra; 2: Si contiene en toda la muestra)	Proceso	ATH-5-2	1	Libro de H.C. seleccionadas Formato oficial de Consentimiento informado.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se evidencia historias clínicas con formatos de consentimiento de hospitalización firmados por el paciente o su representante. Se coge 10 historias clínicas para su respectiva revisión
El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento	Se tiene documentados, se aplican y se mejoran los procedimientos de interconsultas a otras especialidades para los pacientes internados. (0: No tiene; 1: Tiene documentado y no se aplica; 2: Tiene documentado, se aplica y se mejora)	Proceso	ATH-6-1	0	MAPRO, Procedimiento de interconsulta Informe/reporte de la aplicación del Procedimiento documentado Actas de reuniones de mejora del procedimiento	Verificación/ Revisión de documentos	No cuentan con RD MAPRO con el procedimiento de interconsulta
El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intra/institucionales y interinstitucionales.)	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento indispensables aseguran atención continua de 24 horas para la los pacientes internados y de emergencias. (0: No se cumple; 1: Se cumple menos del 90%; 2: Se cumple en el 100%)	Proceso	ATH-6-2	2	Rol de programación de los servicios de apoyo y tratamiento con cobertura para las 24 horas del último mes	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia roles de programación en el servicio mas roles de imágenes
El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de evaluación periódica de historias clínicas por pares para efectos de monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención de acuerdo a plazos establecidos por la institución. (0: No cuenta con el sistema; 1: Cuenta pero no se realiza periódicamente; 2: Cuenta y se realiza periódicamente)	Proceso	ATH-7-1	0	Documento que establece mecanismos de evaluación periódica de HC por pares (por cada servicio) Informe/reporte de aplicación de mecanismos de evaluación periódica de HC por pares y de las mejoras de los procesos (en cada servicio)	Verificación/ Revisión de documentos	No se realiza dicha información

El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	El establecimiento cuenta con un mecanismo para la gestión (recepción, análisis y respuesta) de sugerencias o quejas sobre la atención en internamiento en los ambientes destinados a esta. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta con el sistema de sugerencias y quejas y se ejecuta parcialmente; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	ATH7-2	2	Directiva para la gestión de quejas y sugerencias Informe semestral de quejas y sugerencias	Verificación/ Revisión de documentos	RGIR N° 01022-2025 GRUSCO/GERESA Aprobar la directiva administrativa que regula la gestión de consultas, sugerencias en salud de la GERESA Cusco De fecha 02/07/2025 No se evidenciarla, ni informe de apertura de buzón de sugerencias
El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	El establecimiento de salud cuenta con horarios definidos para brindar información al usuario y familiares acerca de la evolución de los pacientes internados. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no garantiza su cumplimiento; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	ATH7-3	2	Documento oficial que establezca horarios Horario publicado Reporte de la observación de la entrega de información según horarios	Verificación/ Revisión de documentos/ Observación	RD N° 32-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Se evidencia horarios de visita a pacientes hospitalizados y hora informe médico a familiares Se evidencia cuaderno de informes dados a los familiares de pacientes hospitalizados con sus respectivos sellos
El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Los planes de trabajo contenidos en las historias clínicas están de acuerdo con las guías de práctica clínica. (0: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Entre 70,1% y 90% lo cumplen; 2: Más de 90,1% cumplen con GPC)	Resultado	ATH7-4	0	Reporte de concordancia de planes de trabajo de las HCl y las GPC o HCl seleccionadas GPC oficiales	Verificación/ Revisión de documentos/ Muestreo/Auditoría	
El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se registra, analiza y evalúa el manejo de complicaciones obstétricas y el manejo es de acuerdo a las guías de práctica clínica. (0: No se registra; 1: Se registra, pero no se analiza y evalúa; 2: Se cumple con todas las fases)	Resultado	ATH7-5	2	Reporte de complicaciones obstétricas Actas de reuniones de análisis y evaluación del manejo de las complicaciones obstétricas, de acuerdo a las GPC.	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia reporte de complicaciones obstétricas en el servicio Maternidad Se realiza el manejo y evaluación de las pacientes de acuerdo a se tiene un ambiente especial para pacientes críticas
El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se realiza auditoría interna a eventos adversos según norma y se implementan recomendaciones. (0: No se registra; 1: Se registra, pero el manejo no es el consensuado en las GPC; 2: Se registra, analiza y evalúa y el manejo es el consensuado en las GPC)	Resultado	ATH7-6	0	Reporte de eventos adversos Documento de análisis de eventos adversos del último trimestre Informe de seguimiento de recomendaciones, del último trimestre	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia reporte de eventos adversos. Se evidencia actas de análisis de eventos adversos. Pero no se hace el manejo de acuerdo a alguna Guía de Práctica
El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	Se registra y evalúa la satisfacción del usuario en la atención del parto y el nivel es el esperado por la institución. (0: Nunca se realizan; 1: A veces se realizan; 2: Siempre se realizan)	Proceso	ATH7-7	2	Informes de encuestas de satisfacción del usuario en atención de parto (FON)	Verificación/ Revisión de documentos	Informe N° 288-2025-GRC/GERESA-CUSCO-HRC-OGC Informe de aplicación de encuestas de satisfacción del usuario en Hospital Regional de Cusco 2025 De fecha 10/10/2025 HT 021738



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	9 ATENCIÓN DE EMERGENCIA
Evaluador(es):	MED. YLEMA MORON MENDOZA / LIC. ROSARIO BOMBILLA PUMA
Fecha:	10/10/2025
Servicio Evaluado:	SERVICIO DE EMERGENCIA
Participantes de la Evaluación	LIC. RAQUEL VALENZUELA ROMAN
Código Estándar:	EMG-1 EMG-2 EMG-3

Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio. (0: No está señalizado; 1: Está señalizado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	EMG1-1	2	Reporte de la observación de mecanismos operativos en el servicio	Observación con lista de chequeo de mecanismos de información al usuario de emergencias	Captura de imagen con información al usuario, concepto de emergencia, prioridades en emergencia, señalización en consultorios y áreas de atención emergencia. Cuentan con flujoograma para la atención de pacientes con diferentes prioridades. MAPRO en proceso aprobación
El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respecto de la interculturalidad según realidad locales. (0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Estructura	EMG1-2	2	Cartel sobre atención de usuarios, ubicado en lugar visible con enfoque de interculturalidad según realidad local	Observación	Memorando N° 56-JDECO-IMASE-2025 Atención para paciente que acuden al servicio de emergencia, ubicado en el área de caja central. Se evidencia carteles con información brindada quechua en relación a los derechos del paciente en el área de triaje
El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	EMG1-3	2	Rol de programación de personal de emergencia, actualizada y publicada en lugar visible	Verificación observación	Cuentan con rol de guardia médicos con fechas actualizadas para las guardias de turno día y noche correctamente llenado y acorde al rol de programación Se evidencia roles de programación
El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	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. (0: No cuenta; 1: Cuenta sólo del adulto y niño; 2: Cuenta de todas la etapas: niño-adolescente-adulto y adulto mayor)	Estructura	EMG1-4	2	ASIS institucional Guías de práctica clínica de las diez causas más frecuentes en emergencia según etapas de vida. Informe de cumplimiento de las GPC de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida, por indicadores.	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 435-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUR Aprueba 14 guías de práctica clínica del servicio emergencia, incluye patologías como pancreatitis, ITU, IRA, crisis hipoglucémica, ACV, etc. RD N° 445-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUR GPC de pediatría para atención en neumonía, IT, bronquiolitis

9800000



El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	El establecimiento cuenta con el personal profesional y no profesional para la atención del usuario las 24 horas del día y los 365 días al año, de acuerdo al nivel de complejidad. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no se puede establecer su disponibilidad las 24 horas y 365 días del año; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	EMG2-5	2	Rol de programación de personal de emergencia, según nivel de complejidad	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo (Revisión de rol de programación de meses en forma aleatoria, del último año)	Se evidencia rol de turnos del personal médico por especialidad para atención en emergencia.
El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Se realiza el triaje de los pacientes a cargo de un profesional de salud capacitado para realizar el proceso según normas vigentes (0: No se realiza triaje; 1: Se realiza, pero no siempre por un profesional; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	EMG3-1	2	Área de triaje Registro de capacitación del personal profesional	Verificación/ Revisión de documentos	Acta de capacitación en triaje de emergencia y desastres folios 105, 106, 107, 108 De fecha 1 de setiembre con certificación de la unidad de desarrolladas de todo el personal en emergencia Atención con plan de capacitación triaje y hospitalización
El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	Las atenciones, procedimientos y diagnósticos se registran en el formato de atención de emergencias de la historia clínica. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)	Resultado	EMG3-2	2	Libro/registro de atenciones de Emergencia Formatos de atención de emergencia seleccionados en una muestra aleatoria de las diez últimas atenciones.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se evidencia libro de censo diario para la atención diaria RD N° 395-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/U Cuenta con formatos de atención aprobada para atención de emergencia registrado por personal (sello y firma)
El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	El servicio de emergencia tiene mecanismos operativos que garanticen al usuario la continuidad de la atención en los cambios de guardia. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)	Resultado	EMG3-3	2	Documento oficial que contiene mecanismos operativos para la atención en cambios de guardia Informe de persona a persona registro de censo de pacientes por enfermería mecanismos establecidos oficialmente Reporte de ocurrencias	Verificación/ Revisión de documentos Observación con lista de chequeo del cumplimiento de mecanismos de atención en los cambios de guardia	Papeletas de cambio de turno organizado por m actualizado. Cuenta con cuaderno de cambios de turno con f actualizados. Cuaderno de reportes jefes de claves de emergencia para médicos, personal de enfermería en caso d ocurrencias. Memorando Circular N° 001-2024-JELC-EMERG Comunicar cambio de turno, licencias con la fin de garantizar continuidad del cuidado del pacien emergencia. De fecha 26/09/2024

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL D APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	19 ATENCION QUIRURGICA
Evaluador(es):	LIC. PATRICIA GARCIA ROMERO / MED. YLENIA MORON MENDOZA
Fecha:	15/09/2025, 22/09/2025, 01/10/2025
Servicio Evaluados:	CENTRO QUIRURGICO
Participantes de la Evaluación:	LIC. SOMIA ESTHER LIZARRAGA OLARTE
Código Estandar :	ATO-1 ATO-2 ATO-3 ATO-4

Estandar	Criterio	Tipo_Critrio	Código criterio	Pun tale	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico. (0: No se cuenta con POA; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con lo establecido)	Estructura	ATO1-1	2	Programación de actividades del centro quirúrgico del último año, informe de evaluación de actividades del centro quirúrgico del último año	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia hojas de programación (cirugías) Existe plan de trabajo de Centro Quirúrgico (campaña) diagnóstico situacional. INF. N° 016-JECA-HRC-2025 De fecha 04/07/2025 de las actividades incluidas las de campaña de cirugía y traumatología
El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible; 2: Se cumple con lo establecido)	Estructura	ATO1-2	2	Manual de procedimientos (MAPRO) del centro quirúrgico aprobado Lista de chequeo en base al MAPRO del servicio informe de entrevistas al personal establece la programación	Verificación/ Revisión de documentos Entrevista Observación	RD N° 437-2022-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH De fecha 24/10/2022 MAPRO del departamento de anestesia, analgesia y reanimación
El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesiólogo-clínico-quirúrgico, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiólogo). (0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Estructura	ATO1-3	2	Guías de manejo quirúrgico y anestésico Informe de cumplimiento de las Guías de manejo quirúrgico de las diez intervenciones más frecuentes, por indicadores.	Verificación/ Revisión de documentos	GPC: Anestesia en paciente séptico del departamento d anestesia, analgesia y reanimación RD N° 179-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC-UGRH De fecha 26/02/2025 Guías de cirugía 10 guías de práctica clínica aprobadas RD N° 426-2022-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH De fecha 18/10/2022 INF. N° 224-2025-GRCGERESA-CUSCO-HRC Aprobación de RD de GPC Manejo de dolor oncológico y cuidados paliativos De fecha 05/08/2025 HT 016396
El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	El establecimiento tiene un rol claro de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia. (0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	ATO1-4	2	Rol claro de programación de salas del último trimestre con disponibilidad de sala de urgencia Documento oficial que dispone sala para urgencias.	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia programación de cirugías en fechas actual (al día de la evaluación) Se evidencia informes de programación Sala 3 y 4, se evidencia en los informes estadísticos me INF. N° 020-JECA-HRC-2025 De fecha 04/08/2025 Establece la cantidad de sala de emergencia

000083



El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	La cuenta con rol de programación de personal, que aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación). (0: No tiene; 1: Tiene un rol diario, pero no garantiza la disponibilidad de la sala para casos de urgencia; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	ATQ1-5	2	Rol de programación del personal, que incluye anestesiólogos, personal profesional y de apoyo, en áreas críticas del último trimestre	Verificación/ Revisión de documentos Observación	Se evidencia rol de programación de profesionales médicos residentes, licenciadas en enfermería, personal técnico Se evidencia del último año
El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registre. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	ATQ2-1	2	Personal de enfermería Registros de verificación de disponibilidad de equipos, insumos e instrumental de las intervenciones quirúrgicas	Observación/ Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia formato de LVSC donde figura la verificación disponibilidad de equipos, insumos e instrumental ante ingreso de paciente. Una copia farmacéutica, historia clínica, registro para la recepción del paciente para la cirugía
El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo preelaboradas y es registrado en la historia clínica. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	ATQ2-2	2	Lista de chequeo preelaborada de verificación del instrumental e insumos Registros en HCI seleccionadas del último mes	Observación/ Verificación/ Revisión de documentos	Formato de registro para la recepción del paciente para segura (verificación equipo de anestesia, verificación biométricos, verificación de inmobilizadores, verificación de instrumental, verificación de insumos con registro de pre de medicina, cirugías, sello, anestesiología, archivo de
El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	ATQ2-3	2	HCI (10) seleccionadas del último mes.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se evidencia ficha de recuperación post anestésica, en donde se registra al alta, la hora de llegada, hora de ingreso del paciente. Se evidencia libro de registros de enfermería. Se evidencia registro de evaluación post anestésico en coordinación con el médico anestesiólogo de turno
El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo todo establecido)	Proceso	ATQ2-4	2	Informe de medición de tiempos de traslado de paciente de centro quirúrgico Historias clínicas	Verificación/ Revisión de documentos Auditoría	Hojas estadísticas INE, N° 020-JECO-HRC-25 De fecha 04/08/2025 Se emite informe estadístico mensual al área de estadística Se registra las horas de ingreso, inicio de cirugía, término cirugía y tiempo de recuperación transcurrido en cada caso
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control el acto quirúrgico. (0: No contiene ninguno; 1: Los contiene, pero no en toda la muestra; 2: Los contiene en toda la muestra)	Estructura	ATQ3-1	2	Hoja de anestesia Reporte operatorio HCI seleccionadas	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se evidencia formatos oficiales de record operatorio, historia clínica, record de anestesia, LVSC, receta de anestésico hoja de insumo y no de SOP
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente. (0: No es registrada; 1: Es registrada, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)	Proceso	ATQ3-2	2	Formato de evaluación preanestésica HCI seleccionadas	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Existe formato de evaluación de pre anestésico

El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Los formatos de información del acto anestésico y las complicaciones. (0: No la contiene; 1: La contiene, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)	Proceso	ATQ3-3	2	Formato de la atención anestésica (Hoja de anestesia) HCl (10) seleccionadas.	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Se evidencia hoja de record, hoja de registro de insum
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido. (0: No la contiene; 1: La contiene, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)	Proceso	ATQ3-4	2	Reporte operatorio HCl (10) seleccionadas según norma HCl (lista de chequeo)	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Hoja de record operatorio en historia clínica
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	El formato de monitoreo postoperatorio contiene toda la información de acuerdo con lo establecido. (0: No la contiene; 1: La contiene, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)	Proceso	ATQ3-5	2	Reporte de Sala de Recuperación (Hoja postoperatoria) HCl (10) seleccionadas según norma HCl (lista de chequeo)	Verificación/ Revisión de documentos Muestreo	Existe hoja de recuperación post anestésico
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se cuantifican las tasas de cirugías suspendidas, se analizan las razones y se toman acciones correctivas para alcanzar los estándares definidos por la institución. (0: No se realiza; 1: Se identifican las tasas, pero no son analizadas; 2: Se cumple lo establecido)	Resultado	ATQ3-6	1	Informe mensual del análisis y registro de las cirugías suspendidas Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Oficio N° 84-2025-JS-DAAR-HRC Suspensiones de marzo, abril, mayo, junio y del 01 de 2025 HT 013086 Acta de reunión del equipo conductor de LVSC del 05/04 Análisis de eventos adversos y cirugías suspendidas Fr
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se cuantifican las tasas de los casos de mortalidad intraoperatoria y postoperatoria, se analizan las causas que dependen de la organización y se toman las medidas correctivas. (0: No se realiza; 1: Se identifican las tasas, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido)	Resultado	ATQ3-7	1	Informe mensual de análisis de casos de mortalidad intra y post-operatoria Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	INF. N° 20-JECO-HRC-2025 De fecha 04/08/2025 Se cuantifican las muertes intra y post operatorios med inmediatos, el informe se realiza de manera mensual
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se registra y analiza las tasas de complicaciones y eventos adversos intra y postoperatorios, y se toman las acciones correctivas. (0: No se realiza; 1: Se identifican las tasas, pero no se analizan; 2: Se cumple lo establecido)	Resultado	ATQ3-8	2	Registros mensuales de las tasas de complicaciones de eventos adversos intra y postoperatorios Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia registro de eventos adversos notificados a oficina de gestión de la calidad INF. N° 54-2025-GRCUSCOGERESA-HRC-DE
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	El médico cirujano y el profesional de enfermería verifica la identidad del paciente, la naturaleza y la zona de la operación y registra los datos en la historia clínica antes de iniciar la preparación quirúrgica. (0: No se realiza; 1: Se identifican las discrepancias, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido)	Resultado	ATQ3-9	2	Lista de chequeo de Cirugía Segura (primer momento, preoperatorio)	Verificación/ Revisión de documentos	Se evidencia hojas de LVCS en las historias clínicas



El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se registran las tasas de reintervenciones inmediatas y/o tardías, se analizan las causas y se toman las medidas correctivas. (0: No se realiza; 1: Se identifican las reintervenciones, pero no se analizan las causas; 2: Se cumple lo establecido)	Resultado	ATQ3-10	1	Informe mensual del análisis de las reintervenciones Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación/ Revisión de documentos	Oficio N° 85-2025-JS-ODAR-HRC Informe de reintervenciones de marzo, abril y junio 20
El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	Se evalúa la satisfacción del paciente (sala de recuperación) por la atención recibida en el centro quirúrgico y está en el nivel esperado por la institución. (0: No se realiza; 1: Se realiza y los niveles no son los esperados; 2: Se realiza y los niveles son los esperados)	Resultado	ATQ3-11	2	Informe de encuestas de satisfacción (mínimo en 30 pacientes) del usuario del centro quirúrgico	Verificación/ Revisión de documentos	Encuesta de satisfacción del usuario de la oficina de calidad
El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	El establecimiento de salud realiza evaluaciones periódicas preventivas de las cirugías más frecuentes, verificando el cumplimiento de los parámetros definidos por guías de atención quirúrgica, a partir de las cuales se toman medidas correctivas. (0: No realiza; 1: Realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	ATQ4-1	1	Informe de auditorías de la calidad de atención ó evaluaciones Informe de implementación de las medidas correctivas trimestral de las 5 patologías de los 2 últimos	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de auditoría de la calidad de atención de salud Auditoría N° 0001-2025-HRC-OGC-CAS De fecha 18/02/2025 HT 003314 Falta implementación de recomendaciones
El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	El establecimiento de salud implementa permanentemente proyectos de mejora continua de los aspectos críticos detectados en las auditorías preventivas y de casos. (0: No realiza; 1: Realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	ATQ4-2	0	Proyectos de mejora continua implementados producto de las auditorías	Verificación/ Revisión de documentos	
El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	El establecimiento de salud aplica una política de confidencialidad respecto a la información del paciente. (0: No realiza; 1: Realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	ATQ4-3	2	RD de aprobación e implementación de políticas de confidencialidad	Verificación/ Revisión de documentos	RD N° 633-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCAUGRH Aprobar documento modelo de acuerdo o confidencialidad médica en acto quirúrgico departamento de anestesiología y reanimación del hospital regional de Cusco 18/10/2024
El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	Se tiene un registro del acto quirúrgico en la historia clínica del paciente y está firmado por el cirujano responsable. (0: No asegura la confidencialidad; 1: No aplica; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	ATQ4-4	2	Historias clínicas (10) (Informe de auditoría de la calidad de atención)	Verificación/ Revisión de documentos	Informe de auditoría de calidad de atención de salud Auditoría N° 001-2025-HRC-OGC-CAS De fecha 18/02/2025 HT 003314 Se evidencia record operatorio con firma y sello del cirujano principal



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	11 DOCENCIA E INVESTIGACION
Evaluador(es):	MED. VALMI LUNA FLORES / MED. YLENNIA MORON MENDOZA
Fecha:	19/09/2025, 25/09/2025, 10/10/2025
Servicio Evaluado:	OFICINA DE INVESTIGACION, DOCENCIA Y CAPACITACION
Participantes de la Evaluación	MED. MARIA ELENA SALAS GALINDO
Código de Estándar :	DIV-1 DIV-2

Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento esta organizado para desarrollar actividades de docencia e Inv-B11;C17estigación	El establecimiento ha cumplido con los requisitos establecidos en el Sistema Nacional de Pregrado en Salud - SINAPRES para constituirse en hospital docente. (0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)	Estructura	DIV1-1	1	Lista de Chequeos (RM como sede docente, RD de convenios con universidades)	verificación de documentos	Convenio específico de cooperación docente ase entre Hospital Regional Cusco y Facultad de ci la salud de la Universidad Continental con tres al vigencia De fecha 02/10/2025
El establecimiento esta organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un Comité Docente Asistencial Hospitalario operativo formado de manera multidisciplinaria. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DIV1-2	2	RD de conformación de comité (pre y pos) Libro de actas de reuniones	Verificación documental	RD N° 318-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRCUG Comité de residenciado médico De fecha 18/04/2025 RD N° 324-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRCUG Comité de internado clínico De fecha 21/04/2025 Cuenta con libro de actas de reuniones
El establecimiento esta organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento ha definido políticas específicas de investigación y las aplica. (0: No ha definido; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	DIV1-3	2	RD de Políticas de Investigación Trabajos de Investigación acorde a políticas	verificación documental	RD N° 547-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC De fecha16/07/2025 Lineamientos y políticas de investigación de 11 k Plan de trabajo del área de investigación INF. N° 152-2024 De fecha 02/07/2025 Informe de 70 trabajos de investigación aprobado
El establecimiento esta organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con formatos de consentimiento informado para investigación humana y los aplica. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DIV1-4	2	Formatos de consentimiento informado de investigación Humana Formatos de consentimiento informado complementados por trabajo desarrollados	Verificación documental	RD N° 568-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCUG De fecha 26/09/2024 Consentimiento informado para el estudio así con declaración del consentimiento informado del Hos Regional de Cusco



El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un comité de investigación formado de manera multidisciplinaria y está operativo. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DIV1-5	2	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones	Verificación documental	RD N° 286-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH De fecha 04/04/2025 Conformación comité de investigación en reunión multidisciplinarias De fecha 14/04/2025 Folio 13 De fecha 05/06/2025 Folio 14 De fecha 06/06/2025 Folio 15 De fecha 07/09/2025 Folio 16
El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un comité de ética/bioética en investigación y está operativo. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DIV1-6	2	RD de conformación de comité Libro de actas de reuniones	Verificación documental	RD N° 283-2025-GORE De fecha 01/04/2025 Conformar comité de ética y bioética de investigación HRC Libro de reuniones con cinco reuniones de abril 2 19 al folio 24
El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con un reglamento de docencia de pregrado y postgrado, y se cumple. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DIV1-7	2	Reglamento de docencia de pregrado y postgrado oficializado con RD Informe de actividades académicas de pre y post grado que concuerdan con Reglamento.	Verificación documental	Reglamento 589-2023-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH De fecha 03/11/2023 Reglamento del residente médico 14 folios RD N° 576-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCUG De fecha 01/10/2024 Reglamento de internado clínico en ciencias de la 11 folios Cuenta con varios informes de residente e éntico
El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con plan anual de actividades académicas de pregrado y postgrado. (0: No cuenta con ninguna; 1: Cuenta sólo con plan de una de ellas; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DIV1-8	1	Planes oficializados con RD de pre y post grado	Verificación documental	Plan de supervisión y monitoreo de las actividades de docencia en pre y post grado en ciencias de la salud 2025 11 folios no cuenta con RD
El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	El establecimiento cuenta con programa de tutorías y asesorías a los alumnos del pregrado y postgrado y se cumple. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)		DIV1-9	1	Programa de tutoría oficial de pre grado Programa de tutoría oficial de post grado Programa de asesoría oficial de pre grado Programa de asesoría oficial de post grado Informes de cumplimiento de de los programas establecidos de tutoría y asesoría de pre y post grado.	Verificación documental	RD 690-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH De fecha 06/11/2024 Plan de tutoría de internos y residentes médicos Hospital Regional de Cusco Folia informe de cumplimiento
Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Los comités de docencia, investigación y ética/bioética se reúnen mensualmente para evaluar sus actividades. (0: No se reúnen; 1: Se reúnen a solicitud o demanda; 2: Se reúnen de acuerdo con lo planificado)	Proceso	DIV2-1	2	Actas de reuniones de evaluación del Comité de Docencia Actas de reuniones de evaluación del Comité de Investigación Actas de reuniones de evaluación del Comité de Ética/Bioética	Verificación documental	Acta de reuniones del comité de investigación re de abril a setiembre 2025 folio del 13 al 16 Actas comité de ética y bioética desde abril a setiembre folio 19 al 25 Actas del comité de docencia, coordinación para acreditación folio 43



000078

Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	El personal profesional responsable del establecimiento supervisa a los alumnos del pregrado y/o posgrado en el desarrollo de sus prácticas en función al convenio establecido. (0: No se tiene plan de supervisión; 1: Se realiza pero no está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	DIV2-2	2	Alumnos (10) de pre ó post grado Convenio de docencia Interinstitucional Plan de supervisión Informe de supervisión	Entrevista con guía misión documentaria	Acta de verificación a más de 10 internos Plan de supervisión y monitoreo de las actividades docencia en supervisión Formato de supervisión del internado
Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	El establecimiento desarrolla actividades académicas como parte del plan anual de docencia de pregrado y posgrado. (0: No se realizan actividades; 1: Se realizan actividades, pero no concuerdan con el plan; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	DIV2-3	1	Plan de Docencia de pre y post grado Informe de evaluación de actividades académicas de pre y post grado, de acuerdo al plan	misión documentaria	INF. N° 04-2025-HRC-SF-TLF Informe de actividad internado farmacia y bioquímica primer semestre 2025 Informe N° 45-DCC/HRC-2025 Plan de docencia de pre grado, internado odontológico a diciembre 2025 Oficio N° 015-2025-SP-2025 Plan anual actividades académicas julio a diciembre pediatría Expediente 014864 De fecha 17/07/2025 Plan de actividades académicas internado clínico enfermería julio a diciembre 2025 Expediente 012576 Informe de actividades enfermería mayo 2025
Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Se realiza investigación de patologías acorde con las políticas establecidas por el comité de investigación y de ética/bioética. (0: No se cuenta en el año con ninguna investigación; 1: Se tienen investigaciones, pero ninguna respecto a patologías prevalentes; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	DIV2-4	2	Políticas de investigación incluidas en su Plan Políticas de ética/bioética incluidas en su Plan Informes de protocolos de investigación aprobados.	verificación documentaria	RD N° 544-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UG De fecha 16/07/2025 Lineamientos de política de ética y bioética en investigación Indican políticas de investigación RD N° 547-2025 GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Políticas de investigación De fecha 16/07/2025 Informe de trabajos aprobados 70 Trabajos Informe N° 152-2025-GORE CUSCO-GERESA/HRC/IOCDI
Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	Se cuenta con inventario de los materiales de capacitación y de investigación y estos son incorporados a la biblioteca del establecimiento tanto en medio físico como virtual (0: No cuenta con biblioteca; 1: Se cuenta con biblioteca, pero no se tiene inventario de materiales ni investigaciones; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	DIV2-5	2	Inventarios de materiales de capacitación Inventario de investigaciones Biblioteca física y virtual	verificación documentaria Observación	Inventario físico y virtual de materiales e investigación Biblioteca física y virtual http://biblioteca.unsaac.edu.pe/bibliotecavirtual/
Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	El personal y los alumnos tienen acceso a los servicios bibliográficos, físicos y virtuales, dentro del establecimiento acorde a horarios estipulados. (0: No cuenta; 1: Se tiene, pero no se atiende de acuerdo con horarios establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	DIV2-6	1	Horario establecido para uso de servicios bibliográficos Libro de registro de uso de biblioteca Informe de encuesta	Encuesta Verificación documentaria	Horario de 12 a 15 hr publicado Llevan a cabo (pgl trabajos de investigación)

Macroprocesso:

12 ATENCION DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

MELD. MARINA OCHOA I. NÚÑEZ / OCHOA I. NÚÑEZ: 140000

06/09/2025, 10:10/2025

DIAGNOSTICO POR IMM

servicio de farmacia, servicio social, nutrición y dietética, patología clínica, hemoterapia y banco de sangre

MED. JUAN MANUEL LOPEZ DE VA ANILLO, IZABELOS MORALES

D. VALMI LUNA FLORES

ADT-1; ADT-2; ADT-3

Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Verificadores Referenciales, para la Valoración	Sustento Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (0: No dispone; 1: Dispone, pero no está actualizada; 2: Cumple con todo lo establecido)	0	ADT1-1	1 Punto: a. Cuenta con Guía/ manual de procedimientos de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento de la totalidad de los procesos identificados. Verificar RM/ RG/ RD que aprueba. 2 Puntos, Además: b. Cuenta con Guía/ manual de procedimientos de los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento de la totalidad de los procesos identificados. Actualizados (No mayor a 03 años). Verificar RM/ RG/ RD que aprueba. c. Aplican las Guías/ manual de Procedimientos Actualizados. Verificar el Informe/ Acta de evaluación de cumplimiento (>= al 80% de cumplimiento de la totalidad de procesos en el último año o de una muestra aleatoria del último trimestre)	https://drive.google.com/drive/folders/1oau_mA8tG7gD8YpB7mHtEFXoI7Uas-pc-drive-link	2	RD de aprobación de los lineales de Procedimientos de Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento. Informe de % de cumplimiento de los Procedimientos de los Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Verificación Documentos, Observación (aplicación de lista de chequeo) Muestreo	RD N° 559-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUIG Aguirre MAPRO del servicio de diagnóstico por imágenes 2024 Con su respectivo informe de cumplimiento de procedimientos RD 428-2021-MINSA-HRCUIGRH Aguirre MAPRO del Departamento de Apoyo al Tratamiento Con su respectivo informe sobre porcentaje de cumplimiento de procedimientos de apoyo a la fac RD N° 638-2023-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUIG Aguirre MAPRO del servicio de Nutrición Con su respectivo informe RD N° 623-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUIG Aguirre MAPRO de Servicio Social Con su respectivo informe sobre el porcentaje de cumplimiento de los procedimientos de servicio so RD N° 604-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUIG Aguirre MAPRO del servicio de Psicología clínica Con su respectivo informe de porcentaje de cumplimiento de procedimientos y procesamiento de muestras 05% RD N° 356-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRC-UGI Aguirre MAPRO de la Unidad de Hematología y F de Sangre Con su respectivo informe del porcentaje de procedimiento en la Unidad de Hematología y Sangre tipo II RD N° 563-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRCUIGF Aguirre MAPRO del servicio Anatomía Patológica Con su respectivo informe de cumplimiento de procedimiento de Anatomía patológica



920000

Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad. (0: No tienen plan operativo; 1: No todos los servicios cuentan con plan operativo; 2: Todos tienen plan operativo)	Proceso	ADT1-2	1 Punto: a. Cuenta con Plan/ Programa de control de calidad de Apoyo al diagnóstico. Plan/ Programa Aprobado con RCI/ RD 2 Puntos. Además: b. Aplicación/ implementación del Plan/ programa. Verificar el o los informes/ Actas/ Reportes oficiales del último semestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1CHQZ4kGzdeQWAVeN4QDM6UJTH39427u30-drive_11mk	2	Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico de acuerdo a normas Informe de la Estrategia del programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico	Verificación/ Documentos.	RD N° 545-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Aprueba manual de protección radiológica al servicio de diagnóstico por imágenes. Certi de control de calidad 786 Equipo de rayos X estacionario 787 Equipo de rayos X portátil 2637 18 Mamógrafo 187 Tomógrafo STPRGS 155 Fluoroscopio RD N° 598-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Aprueba plan de control de calidad del servicio de evaluación externa de la calidad biológica clínica RD N° 609-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Aprueba plan y programa de control de calidad la unidad productora de servicios de salud de hemoterapia y banco de sangre tipo II Informe de notificación de cumplimiento de actividades PEED INS RD N° 563-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH Aprueba programa de control de calidad del servicio de anatomía patológica 2024-2026 INF N° 65-2025-HRC-DE-OAD-JSDI-ADMI Informe de cumplimiento de los estándares d tiempos TD 019119
El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	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. (0: No cumple; 1: A veces cumple o está encima del estándar; 2: Se cumple según estándares internos previamente definidos)	Proceso	ADT2-1	1 Punto: a. Los estándares de oportunidad (tiempos) en la entrega de los resultados al personal y usuario están definidos. Manual de Procedimientos/ estándares de oportunidad están aprobados con RCI/ RD. 2 Puntos. Además: b. Cumplimiento de estándares definidos. Informe/ Acta/ Reporte.	https://drive.google.com/drive/folders/10efsZUUM65YB8uO2mM0X0eZPK8U4b7Cusp-drive_11mk	2	Documento oficial que consigne los estándares de tiempo para la entrega de resultados de los exámenes Informe de cumplimiento de los estándares de tiempo definidos	Verificación/ Documentos.	





El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. (0: No se registra; 1: Se registra parcialmente; 2: Se registra siempre)	Estructura	ADT2-2	1 Punto: a. Se dispone de registros manuales o informáticos de los resultados de los exámenes, que permita verificar los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega de resultado. Verificar RG/ RD/ Memo que aprueba el instrumento. b. Verificar Informe/ Acta/ Registro de Resultados y el grado de cumplimiento: < al 90% en el último trimestre. 2 Puntos. Además: b. Verificar Informe/ Acta/ Registro de Resultados y el grado de cumplimiento: > al 90% en el último trimestre.	https://drive.google.com/commitdrive/1B8Zq1FE_FKs8T7hegIdU_86BIR99Nw7uap-drive-link	2	Libro de Registro de toma o recepción de muestra y entrega de resultado Registo en el sistema informático de laboratorio de la recepción o toma de muestra y la entrega de resultado indicando el tiempo transcurrido Historia Clínica	Verificación/ Documentos:	Informe N° 62-2025-HRC-DE/DAD Estandarización de entrega de estudios e informe procedimientos. Informe N° 64-2025-HRC-DE-DAD-ISDI-ADMI Informe de implementación de mejoramiento de herramientas de sistema PIMCS visualización de imágenes INF. N° 63-2025-DAD-Informe de implementar mejoramiento LOCU 9000 RD N° 459-2023-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UG Aprobada programa de control de la calidad de los procedimientos en el servicio de farmacia INF. N° 054-2025-DAT-HRC Informe de control de calidad de procedimientos de servicio de farmacia Cuenta con indicadores de depuración Manual de buenas prácticas de manipulación de alimentos, del servicio de nutrición y dietética INF. N° 209-2025-GRCUASCO/HRC/DAT/SVYDYS Historia de atención al personal asistencial de guías pacientes del Hospital RD N° 598-2024-GORE CUSCO Aprobada plan de control de calidad del servicio de patología clínica RD N° 544-2024-GORE CUSCO Aprobada plan de entrega de resultados de los análisis del servicio RD N° 609-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UG PEED RD N° 582-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UG Aprobada programa de control de calidad del servicio anatomía patológica, porcentaje de cumplimiento de plazos de entrega de exámenes
Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional	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. (0: No cuenta con indicadores; 1: Cuenta pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	ADT3-1	1 Punto: a. Disponibilidad de indicadores de calidad de entrega oportuna de algunos servicios. Verificar RG/ RD/ Memo que aprueba los indicadores de calidad 2 Puntos. Además: b. Disponibilidad de indicadores de calidad de entrega oportuna de la totalidad de servicios. Verificar RG/ RD/ Memo que aprueba los indicadores de calidad	https://drive.google.com/commitdrive/1B1Zpp0_820F79xUkKeeq4_S3UgDjawk7uap-drive-link	2	RD que aprueba el Programa de Control de la Calidad del Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento que contiene indicadores relacionados con la entrega oportuna de sus productos en función de las necesidades de los pacientes	Verificación/ Documentos:	

Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional	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. (0: No se realizan calibraciones; 1: Se realizan pero no sistemáticamente; 2: Se realizan sistemáticamente y según planificación)	Proceso	ADT3-2	1 Punto: a. Plan de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. Verificar RCI/ RD/ Memo de aprobación del Plan b. Registro de Calibración institucional de Equipos y control de calidad de procedimientos. Verificar, reporte/ informe de calibración y control de calidad en el último trimestre. Cumplimiento en <80% del Plan. 2 Puntos, Además: c. Registro de Calibración institucional de Equipos y control de calidad de procedimientos. Verificar, reporte/ informe de calibración y control de calidad en el último trimestre. Cumplimiento en =>80% del Plan	https://drive.google.com/drive/folders/1KysUGAwbWvGohhKcBSTxla_ZuAZqzSQ7usp-drive-link	2	MAMPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Informe del Programa de Control de Calidad respecto a la calibración de equipos Informe del Programa de Control de Calidad respecto a los procesos realizados	Verificación/ Documentos:	RD N° 545-2025-GORECUSCO-GRSC-HRCUGRH Aprobación manual de protección radiológica y servicio de Diagnóstico e imágenes del Hospital Regional de Cusco 2025 Certificados de control de calidad de equipo rayos X estacionario, portátil, mamográfico, tomográfico, fluoroscópico Mantenimiento especializado de cadena de 2025, para el 2025 no considera mantenimiento de equipos de farmacia RD N° 685-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH Aprobación plan de mantenimiento y calibración equipos del servicio de patología clínica Manual de procedimiento y control de calidad insuero, serología para centros de hemoterapia banco de sangre RD N° 525-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH Aprobar el programa de control de calidad de servicio de anatomía patológica 2024-2025
Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos). (0: No se cumplen normas de seguridad; 1: Se cumplen parcialmente; 2: Se cumplen en su totalidad)	Proceso	ADT3-3	1 Punto: a. Dispone de Normas de Seguridad de los procedimientos que implican riesgo para los pacientes. Verificar norma /RM/ RCI/ RD. b. Informe/ Registro de verificación de algunos procedimientos que implican riesgo para los pacientes en el último trimestre. 2 Puntos, Además: c. Informe/ Registro de verificación de la totalidad de los procedimientos que implican riesgo para los pacientes en el último trimestre	https://drive.google.com/drive/folders/1NDs7TxWurcdLVRlRmMBYzduJd1HedCtY7usp-drive-link	2	MAMPRO para el control de la calidad por servicio de apoyo Lista de chequeo de cumplimiento de los procedimientos por cada servicio de apoyo.	Verificación/ Documentos:	RD N° 569-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH De fecha 30/09/2024 Aprobación manual de procesos y procedimientos del servicio de diagnóstico por imágenes 2024 HRC INF. N° 39-2025-HRC-DE-DAD-JSDI-ADMI Informe de cumplimiento de procedimientos de servicio de Diagnóstico por imágenes

Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento. (0: No se realizan acciones de control; 1: Se realizan, pero no sistemáticamente; 2: Se realizan acciones control y se registran resultados)	Proceso	ADT3-4	1 Punto: a. Disponibilidad de un programa de control y garantía de la calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran. Verificar RGV/ RD de aprobación del Programa vigente. b. Informe/ Reporte de control y garantía de calidad parcial (<80%) en el último trimestre. 2 Puntos. Además: c. Informe/ Reporte de control y garantía de calidad parcial (>=80%) en el último trimestre.	https://drive.google.com/tribute/ident/1BueqAP6uLwXz4QF5jD-167ZCu8Hkq2Usq=drive_in k			Verificación/ Documentos	Manual de procedimientos de control de calidad para la producción de medicamentos, áreas farmacéutica, servicio de farmacia. Manual de procesos y procedimientos del servicio de farmacia farmacéutica. Manual de procedimientos y control de calidad, trabajo operativo
Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Se cuantifica, se analiza y se toman medidas correctivas para disminuir la demanda no atendida de los procedimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	Resultado	ADT3-5	1 Punto: a. Determinación del rango esperado de la demanda atendida y no atendida de los procedimientos de apoyo al diagnóstico. Verificar RGV/RDV Menio que aprueba. b. Informe/ Reporte con resultados de la demanda no atendida está por debajo de lo esperado. 2 Puntos. Además: c. Informe/ Reporte con resultados de la demanda no atendida está en los rangos esperados.	https://drive.google.com/tribute/ident/1YThmngQVGSx94OKd4IA2K36TFLJmYVKZ7uasp=drive_in k		Libro de Registro de demanda insatisfecha de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento Informe trimestral y análisis de la demanda no satisfecha Plan de implementación de medidas correctivas para disminuir la demanda no satisfecha	Verificación/ Documentos	Informe N° 75-2025-HRC-DE-DAD-JSDI-ADI Informe trimestral de demanda insatisfecha e diagnóstico por imágenes Informe N° 45-2025-HRC-DE-DAD-JSDI Remite plan de implementación de medidas correctivas para la disminución de demanda insatisfecha en diagnóstico por imágenes Libro de demanda insatisfecha registrado hasta 31/06/2025 Libro de registro del plan de análisis de demanda insatisfecha. Informe técnico para compra de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Registro de demanda insatisfecha INF. N° 222-2025-MINSA-HRC-DAD-SSPC Análisis de la demanda no satisfecha y plan de implementación en el tercer trimestre INF. N° 168-2025-HRC-UPSSH/6S Plan de implementación de medidas para disminuir la demanda insatisfecha INF. N° 092-JSAP-HRC-2025 Informe de demanda insatisfecha segundo trimestre y acciones tomadas



Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subseccional o institucional	Se capacita al personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento sobre las condiciones que debe cumplir el usuario para la toma de muestra o preparación para los procedimientos y éstos las cumplen. (0: No se efectúan; 1: Se efectúan y no se aplican; 2: Se efectúan y se aplican)	Proceso	ADT3-6	1 Punto: a. Personal del servicio de apoyo al diagnóstico y tratamiento Capacitado, sobre las condiciones que debe cumplir el usuario, para la toma de muestra o preparación para los procedimientos. Verificar el certificado/ constancia/ reporte de capacitación igual o más de 24 horas lectivas. 2 Puntos, Además: b. Informe/ reporte/ encuesta (muestra) de cumplimiento de la toma de muestra o preparación en el último semestre	https://drive.google.com/ou?hl=es&id=1D1CgHkHbxd4uqgE1N1WvOmKQXSLY7usp=drive_lnk	2	Plan de Capacitación del personal de los servicios de apoyo de Capacitación al personal del servicio de Apoyo al diagnóstico y tratamiento Encuesta de satisfacción al Usuario Ambulatorio	Verificación/ Documentos.	Informe N° 35-2025-HRC-DE-DAD-JSDI-ADMI Se remite plan de capacitación del servicio de diagnóstico por imágenes. Informe N° 128-2025-HRC-DE-DAD-JSDI-ADMI Se remite plan de capacitación del servicio de diagnóstico por imágenes. Informe N° 128-2025-HRC-DE-DAD-JSDI-ADMI Informe del avance del plan de capacitación del servicio de Diagnóstico por imágenes 2025 INF. N° 40-2025-SF-HRC Remite plan de capacitación del servicio de farmacia INF. N° 055-2025-DAT-HRC Informe sobre encuestas al usuario del servicio de farmacia abril a junio 2025 Cuentan con plan de capacitación anual del servicio Mutación y deflúcia INF. N° 200-2025 Informe sobre encuestas de satisfacción a pacientes diferentes servicios Elaboración del plan de capacitación 2025, se envía registros de asistencia al evento INF. N° 231-2025-MINSA-HRC-DADUSPC Resultados de encuesta de satisfacción de los usuarios RD N° 237-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC-UGRH Apuesta plan anual de capacitación continúa de la U. Herencia y Banco de sangre, se evidencia registro asistencia RD N° 572-2024-GORE-CUSCO-GRSC-HRC-UGRH Aprobar el plan de capacitación del servicio de análisis patológico 2023-2025 INF. N° 100-2025 Cumplimiento de capacitación del segundo trimestre N° 54-JSAP-HRC-2025 Informe de resultado de encuestas al usuario extern
Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subseccional o institucional	El establecimiento cuantifica, analiza y toma medidas correctivas respecto a las complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento. (0: No se monitorea los casos de eventos adversos; 1: Se monitorea ocasionalmente; 2: Se monitorea permanentemente)	Proceso	ADT3-7	1 Punto: a. Registro/ Reporte de complicaciones y/o reacciones adversas derivadas de la atención en los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento. Instrumento aprobado con RGR/D/Memo. b. Informe de análisis de los resultados del registro/reporte de complicaciones y/o reacciones adversas en el último semestre. 2 Puntos, Además: c. Informe de análisis y toma de decisiones de los resultados del registro/reporte de complicaciones y/o reacciones adversas en el último semestre. Verificar informe. Memo que dispone implementación.	https://drive.google.com/ou?hl=es&id=1G8R0V6qSC0gCJmBo8h1KkU1fboUxYvKc07usp=drive_lnk	2	Registro de eventos adversos en el servicio Informe trimestral de eventos adversos ocurridos en el servicio Plan de implementación de medidas correctivas para la eliminación de eventos adversos en el servicio Evaluación del plan de implementación	Verificación/ Documentos.	Cuenta con registro de eventos adversos Informe N° 121-2025-HRC-DE-DAD-JSDI-AD Envío de información enero a junio 2025 No se reportan casos Existe comité de farmacia vigilancia RD N° 56-2025-GORE-CUSCO-GRH-UGRH INF. N° 097-2025-DAT-HRC Remite informe de reacciones adversas a medicament segundo trimestre 2025 INF. N° 00161-2025-UPSSH-BBS-HRC Registra eventos adversos

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	13 ADMISION Y ALTA
Evaluador(es):	LIC. JAIME CUTIRE ARCE / OBSTA. GLADYS MONTES PAREDES
Fecha:	06/10/2025
Servicio Evaluado:	ADMISION Y ALTA
Participantes de la Evaluación:	LIC. FRIDA COLLA TUPA CABRERA
Código Estándar:	ADA-1 ADA2 ADA3 ADA4

Estándar	Criterio	Tipo Criterio	Código criterio	Verificadores Referenciales, para la Valoración	Sustento Normativo	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	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. (0: No define, 1: Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	ADA1-1	1 Punto: a. Cuenta con un sistema de registros físico/ informático de HCL Individual/ familiar. Verificar los Registros Físico/ informático vigente. 2 Puntos, Además: b. Cuenta con un sistema de registros físico/ informático de HCL Individual/ familiar. Verificar los Registros Físico/ informático, del último trimestre y que sea concordante a la Norma Vigente.	https://drive.google.com/drive/folders/1WhWD9Rht1WWSAGsYt8aIRSpD15WAkOWCT7usp =drive link	2	RD que aprueba el sistema de registro para el EESS según normatividad vigente	Verificación/ Documentos	Cuenta con RD N° 253-2021 Aprobación sistema de gestión hospitalaria LOCLI
				1 Punto: a. El manual de procedimientos oficial establece disposiciones para garantizar la conservación del sistema de registro. Verificar RG/RD que aprueba el MAPRO, vigentes. 2 Puntos, Además: b. Se verifica que las disposiciones establecidas para garantizar la conservación del sistema de registro en el manual de procedimientos concuerdan con la normatividad vigente. Verificar RG/RD que aprueba el MAPRO, vigente	https://drive.google.com/drive/folders/1JdBAU732MoR20r0uLzU5RTQxvDqXt7usp =drive link	1	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Lista de chequeo de verificación de cumplimiento de procedimientos	Verificación/ Documentos	Cuenta con RD N° 328-2022 MAPRO cuenta con la documentación
El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían afectar su conservación/ tenencia. (0: No se cumple lo establecido; 1: Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	ADA1-3	1 Punto: a. Se cuenta el MAPRO de recojo/ archivamiento de la HCL Fichas Familiar Diario. Verificar RG/RD que aprueba el MAPRO, vigente. 2 Puntos, Además: b. Se cuenta el MAPRO de recojo/ archivamiento de la HCL Fichas Familiar Diario y se identifican aspectos críticos. Verificar RG/RD que aprueba el MAPRO, informe/ Acta del último trimestre, se identifican aspectos críticos que podrían afectar su conservación/ Tenencia	https://drive.google.com/drive/folders/11Y3GvJl1aagall3WVAWtBGAUXCKWOGYTT7usp =drive link	2	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Informe Trimestral sobre los problemas detectados en las entradas y salidas de los registros médicos	Verificación/ Documentos	Cuenta con MAPRO RD N° 328-2022 Cuenta con información sobre ingresos de las historias clínicas INF. N° 194-2025-GR CUSCO/GERESA DE-OIS-UEEI De fecha 31/07/2025



El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	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. (0: No se cumple lo establecido; 1: Se ha establecido, pero no cuentan con mecanismos de difusión a los usuarios externos; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	ADA1-4	1 Punto: a. Se cuenta el MAPRO/ Manual/ Guía de obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados. Verificar RG/RD que aprueba el MAPRO/ Manual/ Guía vigentes. b. El personal responsable del proceso de obtención y entrega de citas conoce, verifica que el personal responsable explica el flujo de procedimiento (se entrevista al personal que se encuentra en ese momento). 2 Puntos. Además: c. Cuenta con el mecanismo de comunicación al usuario Externo: Verificar. Flujogramas físico/ audiovisual, en lugares accesibles al usuario externo o informes/ actas de socialización al usuario externo.	https://drive.google.com/drive/folders/15-kR6TR-MzdwEclwS1Ak9_uAC6B- B- Tusp=drive &nk	2	MAPRO de la Unidad de Estadística e Informática Encuesta sobre el conocimiento de la obtención y entrega de citas al usuario interno y externo	Verificación/ Documentos Entrevista	Cuenta con MAPRO RD N° 328-2022 Informe N° 295-2025-GRUSCO/GER OGC De fecha 23/10/2025 Encuesta de conocimiento de obtención entrega de citas al usuario externo
El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)	Estructura	ADA1-5	1 Punto: a. La totalidad del personal del área de admisión del EE-SS están capacitados. Verificar el Certificado/ Constancia de capacitación de más de 24 horas lectivas (más de 01 créditos) de hace más de 01 año, tomar como referencia la fecha de la valoración del criterio). 2 Puntos. Además: b. La totalidad del personal del área de admisión del EE-SS están capacitados. Verificar el Certificado/ Constancia de capacitación de más de 24 horas lectivas (más de 01 créditos), dentro del año (tomar como referencia la fecha de la valoración del criterio).	https://drive.google.com/drive/folders/1sXUJa2t809VZ-dpH_1MvYdSYDQsHtOX7usp=drive link	2	RD que aprueba el Plan de Capacitación del área a evaluar Informes de Capacitación al personal del área Entrevista al personal de admisión Capacitado en el área de administración.	Verificación/ Documentos	RD N° 249-2025-GORE-CUSCO-GRSC HRC/UGRH De fecha 21/03/2025 Aprobar el plan de desarrollo de las pei (PDP) para el año 2025 del Hospital Re Cusco. INF- N° 196-2025-GR-CUSCO-GERES. DE-OS-VEEI INF- N° 001-2025-HRC-UEEI



El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	El personal de admisión/citas informa a los usuarios (en forma verbal y/o escrita) sobre el proceso de atención en el establecimiento e identifica necesidades con enfoque intercultural. (0: No se tienen evidencias de informar e identificar necesidades; 1: Sólo informa; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	ADA2-1	1 Punto: a. Informa a los usuarios, en forma verbal y/o escrita, sobre el proceso de atención. Verificar: disponibilidad de Duplicados/ Triplicados/ audiovisuales o informe verbal, observado durante la autoevaluación. 2 Puntos. Además: b. Identificación de necesidades con enfoque intercultural. Verificar, Informe/ Registro/ Acta del último trimestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1F8a789ZMJ48V1E1CaTd82TUx0dHw9oy7usp?drive_link	1	Libro de Occurrencias sobre las necesidades de atención por parte del personal de admisión Encuestas al Usuario Externo sobre la información brindada por el personal de admisión	Verificación/ Documentos Observación (aplicación de lista de chequeo)	Cuenta con libro de ocurrencias
El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se realiza la entrega de citas de acuerdo con la programación establecida por los servicios. (0: Sólo las tres primeras horas; 1: Sólo hasta la cuarta hora; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	ADA2-2	1 Punto: a. Programación de Citas. Verificar el registro/ Reporte de citas. b. Entrega de citas. Verificar el Reporte/ registro/ observación de la entrega de citas a los usuarios, del último trimestre. 2 Puntos. Además: c. Entrega de citas. Verificar el Reporte/ registro/ observación de la entrega de citas a los usuarios, del último trimestre, concordante con la programación.	https://drive.google.com/drive/folders/1opXZ9t2RYs_QLZ4n0aWYrHnKqzHauG17usp?drive_link	2	Libro de Registro manual o electrónico de entrega de Citas a los pacientes	Verificación/ Documentos Observación (aplicación de lista de chequeo)	Cuenta con registro electrónico de entrega de citas a través del sistema LOCL 9000 Así mismo cuenta con rol de médicos fis eladrónicos y virtual
El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	Se registra y monitorea el tiempo de espera del usuario en admisión y está acorde a lo esperado por la institución. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde con la programación; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	ADA2-3	1 Punto: a. Determinación de los estándares del tiempo de espera del usuario en admisión. Verificar la RG/RD/ que aprueba los estándares. b. Registro y monitoreo de los tiempos de espera del usuario en admisión. Verificar el registro/ informe de monitoreo 2 Puntos. Además: c. Tiempo de espera del usuario en admisión dentro de los estándares esperados. Verificar el Registro/ Informe de resultados, del último trimestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1Q1UzRvcuM3PKqPM4-lvWtR94WZp3RT7usp?drive_link	2	Estudio de Tiempos en Consultorio Externo Implementación de proyecto de mejora según resultados de estudio realizado	Verificación/ Documentos	INF. N° 294-2025-GR-CUSCO/GERES, OGC De fecha 23/10/2025 Encuesta sobre tiempos de espera en Consultorios externos, usuarios externo Cuenta con implementación de plan de RD N° 804-2025-CUSCO-GRSC-HRCI Plan de mejora continua, basado en resultados de encuestas de satisfacción del usuario y externo

El establecimiento de salud brinda servicios de atención integral con enfoque al usuario.	Se realiza el control de calidad de las historias clínicas acorde a lo estipulado en la normatividad vigente y los resultados son los esperados. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a los establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Resultado	ADA2-7	1 Punto: a. Manual/ Directiva/ Aplicativo de Control de calidad de las HCL y determinación de los estándares esperados. Verificar el registro/ Reporte/ RCI/ RD vigentes de control de calidad de HCL. b. Informe de Control de calidad de HCL. Verificar. Informe, del último trimestre, de control de calidad de registro de HCL. 2 Puntos, Además: c. Cumple con los estándares establecidos. Verificar el Informe, del último trimestre, de control de calidad de registro de HCL y está dentro de los estándares establecidos.	https://drive.google.com/drive/folders/1YmHuzqZKwVnQDpV1X5oPXL5mQ1D1w7uSP-drive-link	2	RD que aprueba el Plan de Auditoría de Historia Clínica del EESS Informe de Auditoría de Historias Clínicas según normatividad	Verificación/ Documentos	Cuenta con RD del plan de Auditoría 2C RD N° 147-2025-GORE CUSCO-GRSC HRC/UGRH Cuenta con informe en auditoría 2025 Auditoría N° 006-2025-HRC-OGC-CAS
El establecimiento de salud brinda servicios de atención integral con enfoque al usuario.	Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Resultado	ADA2-8	1 Punto: a. Manual/ Directiva/ Plan de satisfacción de usuarios en admisión y/o alta. Verificar, RCI/ RD, vigente. b. Realización y cuantificación del % de satisfacción. Verificar. Informe/ Reporte de resultados de la encuesta del último año. 2 Puntos, Además: c. Cumple lo establecido en Manual/ Directiva/ Plan. Verificar. Informe/ Reporte de resultados de la encuesta del último año.	https://drive.google.com/drive/folders/1TatneQWVzXG4RnL5VGz5p3eH3C7kVE7usp-drive-link	2	Encuesta de satisfacción del usuario externo respecto a la información recibida durante el proceso de admisión y/o alta Implementación de proyectos de Mejora	Verificación/ Documentos	INE N° 286-2025-GRC/GERESA CUSCO Informe de fecha 10/10/2025 Informe de aplicación de encuestas de satisfacción del usuario externo del Hros Regional de Cusco 2025
El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad	Se tiene documentado el proceso de alta en el establecimiento y se cumple. (0: No está documentado; 1: Esta documentado, pero no se cumple; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	ADA3-1	1 Punto: a. Manual/ Directiva/ del Proceso de alta. Verificar. RCI/ RD, vigente. 2 Puntos, Además: b. Cumple lo establecido en Manual/ Directiva. Verificar. Informe/ del último trimestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1ZhySuwOIH2TmbzuWQW5OCTR8DqV4Wk7usp-drive-link	2	Documento oficial que contiene el proceso de alta Informe de monitoreo del proceso de alta. Resultados de la aplicación de la Lista de chequeo en función al procedimiento.	Verificación/ Documentos	Documento oficial MAPRO RD N° 328-2022 Página 26 Proceso de alta, cuenta con 1

990000



El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	Se registran las estancias hospitalarias prolongadas, se analizan y se toman medidas correctivas. (0: No se realiza; 1: Se realiza, pero no está acorde a lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Resultado	ADA3-2	1 Punto: a. Verificar, Registro/ Reporte de Estancia hospitalaria prolongada b. Informe/ acta de análisis de estancia hospitalaria prolongada. Verificar informe del último semestre. 2 Puntos, Además: b. Informe/ Disposiciones (Memo) de medidas correctivas, en el último semestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1Q0TPO1ZHM0BP_8BdITgnatl5S8UapF7usp=d?usp=drive_link	2	Registro de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio. Informe mensual de estancias hospitalarias prolongadas ocurridos en el servicio. Evidencia de medidas correctivas para la disminución de estancias hospitalarias prolongadas en el servicio	Verificación/ Documentos	Cuenta con libro de actas de estancia prolongada Cuenta con informe de estancia prolongada enero a julio 2025 INFORME N° 216-2025-GR-CUSCO/IG HRC-DE-OIS-UEEI Cuenta con evidencia de medidas con INF. N° 296-2025-GR/GERESA, CUSI OGC De fecha 22/09/2025
El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta. (0: No tiene; 1: Tiene documentado y no se aplica; 2: Tiene documentado, se aplica, se registra y se mejora)	Proceso	ADA4-1	1 Punto: a. Cuenta con Libro de reclamaciones físico y o virtual; Buzón de sugerencias, Plataforma de Atención al Usuario (1-4; 11 y 111 nivel) y por respectivos responsables. Verificar los instrumentos y RDMemo de asignación de función en consulta ambulatoria. 2 Puntos, Además: b. Registro/ reporte/ Informe de Sugerencia y Reclamos. c. Realiza Mejoras. Verificar, informe de mejora del último semestre.	https://drive.google.com/drive/folders/1IE17hozm9V4_4IAYSz6Q4mC17IK1m6tH2usp=d?usp=drive_link	2	Documento oficial que contiene reclamos para recepción de sugerencias o quejas en quejas en quejas que han estado hospitalizados / Mecanismos de escucha en pacientes hospitalizados implementados y activos.	Verificación/ Documentos	Cuenta con DS N° 002-2019-SA Aprobar el reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios. RGR N° 792-2023-GR-CUSCO/GERES Directiva administrativa que regula la gestión de consultas, reclamos y sugerencias en los usuarios de UGIPRESS de la GERI CUSCO. V02



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso: 14 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Evaluadores: LIC. FRIDA COLLATUPA CABRERA / LIC. JULIO CESAR GIRALDO GOMEZ

Fecha: 02/09/2025

Servicio Evaluados: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Participantes de la Evaluación LIC. EVELING SANTISTEBAN

Código Estándar: RCR-1 RCR-2 RCR-3

Estándar	Criterio	Tipo Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud esta organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrareferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. (0: No define; 1: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	RCR1-1	2	Documento oficial de formalización del proceso de referencias y contrareferencias Lista de chequeo según norma	Verificación / Revisión de documentos Observación	NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01 Cuenta con actas de actas
El establecimiento de salud esta organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrahospitalarios locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta. (0: No tiene; 1: Tiene pero no las 24 horas del día; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	RCR1-2	2	Actas de reuniones y Acuerdos de coordinaciones para la contrareferencia de los pacientes a otros EESS. Registro de pacientes contrareferidos posterior al alta	Verificación / Revisión de documentos	Cuenta con cuaderno de actas de reuniones con cuaderno de contrareferencias a otros Establecimientos. Cuenta con el sistema RE
El establecimiento de salud esta organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrareferencia efectiva. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	RCR1-3	2	Registro diario manual o electrónico del seguimiento de las referencias del EESS	Verificación / Revisión de documentos	Cuenta con registro manual y electrónico de referencias
El establecimiento de salud esta organizado para referir pacientes y recibir contrareferencias.	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. (0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrareferencias; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido).	Estructura	RCR1-4	2	Formatos de referencia Formatos de contrareferencia Servicios identificados emergencia, consultas externas, hospitalización apoyo al diagnóstico (laboratorio y rayos x).	Verificación / Revisión de documentos Observación	Se cuenta con formatos de referencias y contrareferencias disponibles en todos los se del nosocomio
El establecimiento de salud esta organizado para asegurar un traslado seguro y seguro de los pacientes.	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables. (0: No se tiene; 1: Se tiene, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)	Estructura	RCR2-1	2	Rol de programación de personal a cargo del traslado del paciente en lugar visible (chófer, personal asistencial)	Verificación / Revisión de documentos	Cuenta con rol de programación



El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Se cumple todo lo establecido)	Estructura	RCR2-2	2	Lista de Chequeo: Unidad móvil para el traslado del paciente equipado según normatividad vigente Rol de programación de choferes Libro de registro de actividad de la unidad de transporte.	Observación / Verificación / Revisión de documentos	La unidad móvil cuenta con lista de cheque ambulancia. Se cuenta con el rol de programadores conductores
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	El personal de salud responsable de la tarea de referencia y contrareferencia conoce, implementa y controla todos los aspectos críticos del proceso y establece las acciones para mejorarlo. (0: No efectúa ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa ninguna acción; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	RCR3-1	2	Informe de capacitación del personal responsable del SRCR o Certificados de capacitación en el SRCR Encuesta al personal responsable sobre el conocimiento de la NT del SRCR Informe o actas de reuniones para la identificación y análisis de aspectos críticos Informe mensual de avances y seguimiento del SRCR Registro manual o electrónico de los casos referidos del EESS Informe del análisis de datos de casos referidos Informes mensuales de cumplimiento de indicadores de casos de referidos.	Muestreo Encuesta Verificación / Revisión de documentos	Informe 064-2025-SECR-US/H Cuenta con el personal sobre referencia y contrareferencia Cuenta con informe de avance Informe 069 SECR-US/H Resolución Gerencial Regional 2024-GRCUSCO/GERESA
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	Se cuantifica el porcentaje de casos referidos en que se aplicaron los criterios y procedimientos establecidos y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	Resultado	RCR3-2	2	Reporte diario que establece la cartera de servicios disponible de los EESS de referencia Registro manual o electrónico de las referencias de gestantes, puérperas y neonatos del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (gestantes, puérperas y neonatos) de casos de referidos.	Verificación / Revisión de documentos	Cuenta con registro electrónico de paciente Informe 069-2025-SECR-US/HRC
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puérperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la carrera de servicios del establecimiento de salud. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	RCR3-3	2	Registro manual o electrónico de las referencias y contrareferencias del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contrareferidos	Verificación / Revisión de documentos	Se evidencia cartera de servicios de Establecimiento de Salud de mayor complejidad. Cuenta con electrónico e informe 069-2025-SECR-US/H
Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.	Se cuantifica la relación porcentual entre referencias y contrareferencias realizadas y el nivel es el esperado por la organización. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	RCR3-4	2	Registro manual o electrónico de las referencias y contrareferencias del EESS Informes mensuales de cumplimiento de indicadores (porcentaje de R y CR) de casos referidos y contrareferidos	Verificación / Revisión de documentos	Se evidencia registro electrónico de las referencias y contrareferencias. Cuenta con registro electrónico Informe 069-2025-SECR-US/HRC

000063



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	15 GESTION DE MEDICAMENTOS
Evaluador(es):	ING. FREDY SALCEDO ABARCA / MED. VALMI LUNA FLORES
Fecha:	26/09/2025, 14/10/2025
Servicio Evaluados:	SERVICIO DE FARMACIA
Participantes de la Evaluación	OF. EDISON SANCHEZ QUINTANA
Código Estandar:	GMD-1 GMD-2 GMD-3

Estandar	Criterio	Tipo_Criterio	Codigo criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje	O
El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Las compras se programan sobre la base del peticion nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución. (0: No existe; 1: En proceso de conformación; 2: Cumple con lo establecido).	Estructura	GMD1-1	2	Documento oficial de autorización de compra por el Comité Institucional. Reporte de logística sobre compra de medicamentos. Cuadro de necesidades de medicamentos según peticion nacional. Cuadro anual de adquisiciones de medicamentos	Verificación / Revisión de documentos	Memorandum N° 713-2025-HRC-DE-AE Autorización compra Oficio N° 039-2025-HRC-DE-GORECUSCO Informe N° 050-2024-SFG-HRC Cuadro multi-anual 2025 Se evidencia registro en el sistema	
El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 20 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles). (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido).	Proceso	GMD1-2	2	Verificación del SISMED, KARDEX de los medicamentos. Informe de consumo de medicamentos y dispositivos médicos fungibles.	Verificación / Revisión de documentos	LOCLI 9000 Se verifica kardex Se evidencia reportes ICI	
El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos. (0: No se realiza; 1: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; 2: Cumple con lo establecido).	Proceso	GMD1-3	2	Informe diario de consolidados de despacho de medicamentos e insumos. Informe mensual de despacho de medicamentos e insumos.	Verificación / Revisión de documentos	Reporte de consumo diario de medicamentos en hospitalización De fecha 15/08/2025 Informe N° 15-2025-GMFP-HRC	



000062

El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta con sistema manual informático o Kardex, pero no se efectúa el informe diario de recetas; 2: Cumple con lo establecido).	Proceso	GMD1-4	2	Lista de chequeo según manual de Buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos	Observación con lista de chequeo.	Informe N° 179-2025-SF-HRC Cumplimiento de buenas prácticas de almacenamiento De fecha agosto 2025	Ac inf
El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas. (0: No realiza; 1: Realiza el informe, diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD1-6	1	Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de estupefacientes Folio 114 del primer trimestre 2025	Ac
El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de prescripción. (0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD2-1	2	Reporte de los indicadores de Buena Prescripción Informe de evaluación mensual de la aplicación del manual de buenas prácticas de prescripción	Verificación / Revisión de documentos	Oficio N° 12-2025-HRC-FCE Informe a cerca de recetas del tercer trimestre Informe N° 177-2025-SF-HRC Indicadores de buenas prácticas de dispensación De fecha 09/09/2025	
El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	El establecimiento de salud aplica y evalúa el cumplimiento de las normas de dispensación. (0: No realiza; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD2-2	2	Reporte de los indicadores de Buena dispensación Informe de evaluación mensual de la aplicación del manual de buenas prácticas de dispensación	Verificación / Revisión de documentos	Informe N° 176-2025-SF-HRC Informe de monitoreo de buenas prácticas de dispensación de enero a agosto 2025 Informe N° 036-2025-HRC Errores de dispensación	
El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	Los errores en la dispensación de medicamentos son vigilados, registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (0: No realiza; 1: Registra, pero no son gestionados por las unidades de atención al usuario; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD2-3	1	Documento oficial que establece los mecanismos de vigilancia de errores de dispensación Registros de los errores en la dispensación de medicamentos Informe análisis de casos Informe de implementación de medidas correctivas	Verificación / Revisión de documentos	Informe N° 036-2025-HRC Revisión de codificación Formato de corrección en el mismo formato Falta análisis de medidas correctivas	



000061

El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación. (0: No realiza; 1: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD2-4	1	Documento oficial que establece los mecanismos de información al usuario al momento de la dispensación Materiales y medios de información al usuario	Verificación / Revisión de documentos Observación Muestreo	Informe N° 049-2025-SF-HRC Requerimiento de triplico no fue atendido Se evidencia banner en consultorio externo	Ac
El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento. (0: No realiza; 1: El nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	Proceso	GMD2-5	1	Registros de los errores en la Prescripción de medicamentos reportados por Farmacia Informes de farmacia a jefes de servicio ó departamentos. Informe de Jefes de Servicio con medidas correctivas.	Verificación / Revisión de documentos	Oficio N° 12-2025-HRC-FCE Informe a cerca de recetas del terror trimestre Informe N° 177-2025-SF-HRC Indicadores de buenas prácticas de dispensación De fecha 09/09/2025	Fa inf jef ser
El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los items prescritos, dispensados, reportados, stock, registrado y stock real y es el esperado. El margen de consistencia es mayor al 99%. (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD3-1	2	Reporte/ Informe mensual de coincidencias entre los items prescritos, dispensados, reportados, stock, registrado y stock real de los medicamentos trazadores	Verificación / Revisión de documentos	INF N° 176-2025-SF-HRC Informe de monitoreo de buenas prácticas de dispensación INF N° 165-2025-SF-HRC Informe de consumo De fecha julio 2025	
El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	Se evalúa el porcentaje de prescripciones no atendidas y la adopción de medidas correctivas. (0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GMD3-2	2	Registro manual o electrónico de prescripciones no atendidas Informe de la implementación de medidas correctivas.	Verificación / Revisión de documentos	Libro de registro insatisfecho De fecha 31/08/2025 Requerimiento oficializado de junio a agosto 21 requerimientos Informe N° 084-2025-DF-HRC Informe de requerimientos	
El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	El establecimiento realiza el monitoreo de las existencias para cautelar el normostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos. (0: No realiza el monitoreo de las existencias; 1: Realiza el monitoreo pero no establece medidas de prevención del vencimiento; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	GMD3-3	2	Registro de stock de medicamentos e insumos Informe de monitoreo de existencias de Medicamentos e insumos Informe de implementación de medidas preventivas	Verificación / Revisión de documentos	Informe N° 165-2025-SF-HRC ICI De julio y agosto 2025 en proceso Inventario de medicamentos y dispositivos de manera mensual de los formatos de disposición. Plan de demanda insatisfecha registrado en la primera página del libro	

000000



El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	El establecimiento de salud garantiza la capacitación del personal de farmacia acerca de los procedimientos de farmacia en relación con los medicamentos. (0: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; 1: Entre el 50% y 60% del personal está capacitado; 2: Más del 80% del personal está capacitado)	Estructura	GMD3-4	1	Informe de capacitación al personal de farmacia Constancia o certificados de capacitación del personal en procedimientos de farmacia	Verificación / Revisión de documentos	Oficio N° 40-2025-SF-HRC Remite plan de capacitación e informes varios de capacitación	M re as de ca
El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el normostock de items necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, centro obstétrico). (0: El establecimiento no ha organizado la provisión; 1: Ha organizado la provisión pero no de todos los servicios críticos; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	GMD3-5	1	Reporte diario de Normostock en los servicios críticos del EESS Informe de medidas establecidas para la provisión de medicamentos e insumos en servicios críticos.	Verificación / Revisión de documentos	INF N° 057-2025-SF-HRC	Pr inf se cr

000059



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso: 16 GESTION DE LA INFORMACION
 Evaluador(es): Q.F. ELLEN PALACIOS GONZALES
 Fecha: 22/10/2025
 Servicio Evaluados: UNIDAD DE INFORMATICA
 Participantes de la Evaluación LIC. FRIDA COLLATUPA CABRERA
 Código Estandar: GIN-1 GIN-2 GIN-3

Estandar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido).	Estructura	GIN1-1	2	Actas de Reuniones del personal de las distintas áreas administrativas y asistenciales donde se identifican necesidades de información con el equipo de Estadística e informática o su similar en el EESS	Verificación / Revisión de documentos	Acta de reunión del 30/07/2025
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y está incluido en el plan anual de adquisiciones. (0: No se identifica; 1: Se identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas fuente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GIN1-2	2	Requerimiento de necesidades de equipamiento para el buen funcionamiento del sistema informático Plan Anual de adquisiciones que incorpora las necesidades de equipamiento del sistema de información	Verificación / Revisión de documentos	INF. N° 093-25-GR-CUSCO-GERESA HRC-DE 015-UEE Plan de necesidades 2025
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido).	Proceso	GIN1-3	2	Base de Datos del Sistema de información manual o electrónico. Resultados de la encuesta al personal sobre su conocimiento del sistema de información del EESS	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	RD N° 528-23 GORE-CUSCO-GRSC- HRC/IGRH
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido).	Estructura	GIN1-4	2	reportes del último trimestre del sistema de información	Verificación / Revisión de documentos	



El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido).	Estructura	GIN1-6	2	Informe de capacitación sobre gestión de la información del personal del área de El Constanzas o certificados de capacitación del personal del área de El.	Verificación / Revisión de documentos	INF. N° 196-2025
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está formado continuamente; 2: Cuenta con todo lo establecido)	Estructura	GIN1-6	2	Documento de procedimientos oficial/MAPRO de la Unidad/área/Oficina de Estadística e Informática	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 328-22 GORE CUSCO-GRSC, HRC/UGRH De fecha 05/09/2025
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no para todas las fases; 2: Cuenta con todo lo establecido)	Estructura	GIN1-7	2	Documento oficial/RD que aprueba el Sistema de gestión de la información Reportes del Sistema de gestión de la información del último trimestre	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 326-2025 GORE CUSCO De fecha 09/10/2023 INF. N° 204-2025 De fecha 21/08/2025 INF. N° 176-2025 De fecha 15/07/2025
El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización. (0: No existe; 1: En proceso de aprobación; 2: Cuenta con lo establecido)	Estructura	GIN1-8	2	Reportes mensuales del monitoreo del sistema de gestión de la información de las Unidades orgánicas y funcionales Listado de unidades orgánicas y funcionales	Verificación / Revisión de documentos	INF. N° 204-2025 De fecha 21/08/2025 INF. N° 176-2025 De fecha 15/07/2025
El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos para la identificación de los aspectos críticos de la gestión de la información y son fuente para la elaboración de proyectos de mejora continua de la información. (0: No existe; 1: Tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos de mejora; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GIN2-1	0	Documento oficial que defina los mecanismos para identificar aspectos críticos de la gestión de la información Proyectos de mejora continua elaborados sobre aspectos críticos de la gestión de la información	Verificación / Revisión de documentos	



El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis y evaluación de los resultados). (0: No se cuenta con el método; 1: Se cuenta, pero no es permanente; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GIN2-2	2	Documento oficial que contiene el método de gestión de la información (recolección, procesamiento y análisis) Reporte de productos de cada fase del método de gestión de la información. Informe de análisis de cada servicio o área, respecto al reporte del sistema de información	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 526-2023 GORE Boletín INF. N° 2025 INF. Mensual (GIN 1-7)
El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Se implementan en la organización mecanismos de difusión de la información y retroalimentación. (0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido)	Proceso	GIN3-1	1	Reportes, web, boletines, paneles y otros de EI para los servicios y áreas del EESS Acta de reuniones retroalimentación de la información difundida al personal de los servicios y áreas	Verificación / Revisión de documentos	Boletín virtual (web)
El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Los servicios generan espacios participativos de análisis de información y son documentados. (0: No se generan; 1: Se generan, pero no son participativos o documentados; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	GIN3-2	1	Lista de participantes Documento de participantes Acta de reuniones para el análisis de la información difundida	Verificación / Revisión de documentos	Acta de reuniones
El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	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. (0: No existe; 1: Se cuenta con el espacio, pero la información no está actualizada; 2: Se cumple con lo todo establecido)	Proceso	GIN3-3	2	Información de proyectos de mejora continua de información actualizada del último año publicada en paneles, periódico mural, página web, etc del EESS	Observación / Verificación / Revisión de documentos	Boletín (web) publicación en sala situacional
El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	Se identifican semestralmente las percepciones del usuario interno (en los niveles operativo, táctico y estratégico) acerca del manejo de la información. (0: Se identifican en menos del 30%; 1: Se identifican entre 30 a 80%; 2: Se identifican en menos del 80%)	Resultado	GIN3-4	2	Resultados de Encuesta semestral de la percepción del usuario interno sobre el manejo de información	Verificación / Revisión de documentos	



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso: 17 DESCONTAMINACION, LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION
 Evaluadores: OBSTIA LUISSETH ASCUE ESCALANTE / QF, EDISON QUINTANA
 Fecha: 12/09/2025, 18/09/2025, 29/09/2025, 06/10/2025
 Servicio Evaluado: CENTRAL DE ESTERILIZACION, CONSERVACION Y VIGILANCIA, LAVANDERIA
 Participantes de la Evaluación: LUC ELI
 Código Estandar : DLDE-1 DLDE-2 DLDE-3 DLDE-4

Estandar	Criterio	Tipo Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	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. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	DLDE1-1	2	Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria MINSA/OGE/VIGIA aprobada con R.M.N 1472-2002-SAMINSA MAPRO de Desinfección y Esterilización del establecimiento con RD. Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Cuentan con el manual de desinfección y esterilización hospitalaria MINSA/OGE/VIGIA RMN 1472-2002/MINSA RD N° 676-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGF De fecha 16/09/2025 Aprobar MAPRO del servicio de Central de esterilización del Hospital Regional de Cusco Esterilización a ca humedo autoclave a vapor página 53
El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	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 todo el personal. (0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DLDE1-2	2	MAPRO y/o Documento que los procedimientos de Limpieza y Desinfección de los ambientes Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	RD N° 676-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGF De fecha 16/09/2025 Aprobar MAPRO del servicio de Central de Esterilización del Hospital Regional de Cusco Limpieza y desinfección de superficies en Central de Esterilización Página
El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. (0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	DLDE1-3	2	Existencia del "Servicio de Central Esterilización, MCF - MAPRO con RD.	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 004-07-GRSC/OGDAP De fecha 03/01/2007 Página 7 Capítulo IV Organigrama estructural "Departamento de anestesiología y centro quirúrgico del Hospital Reg Cusco RD N° 676-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGF



000055

Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas. (0: No está protegido; 1: Están protegidos menos del 90%; 2: Están protegidos y acorde con lo establecido el 100%)	Proceso	DLDE-2-1	2	RD que aprueba el cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional Informe de supervisión al personal de servicio sobre medidas de protección de bioseguridad Lista de chequeo sobre bioseguridad al personal	Verificación / Revisión de documentos Observación Muestra	RD N° 519-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGF De fecha 04/07/2025 Aprobar directiva sanitaria para el uso de equipos protección de personal para los trabajadores del H Regional de Cusco INF. N° 081-2025-GR CUSCO/GRSC-HRC-UGRH Remite informe de inspección de equipos de protección personal Central de esterilización Hospital Region Cusco De fecha 18/07/2025 HT 015051 Se evidencia lista de chequeo Informe N° 097-2025-GRSC-CUSCO/GRSC-HRC Informe de identificación de peligros, evaluación de riesgos y controles de central de esterilización De fecha 28/08/2025 HT 018365
Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional. (0: No los clasifica; 1: Los clasifica, pero no cumple con lo establecido en manual; 2: Cumple con todo lo establecido)	Proceso	DLDE-2-2	2	Lista de chequeo sobre el cumplimiento del Manual de Desinfección y Esterilización (10 trabajadores)	Observación con lista de chequeo	Se evidencia lista de chequeo de los servicios de emergencia, consultorio de neurología, traumatología UCI adultos, UCI/N neonatal con sus respectivos informes N° 86-74-2025-HRC-SCOE Remite informe de supervisión de descontaminación lavado de material De fecha 08/07/2025 HT 013742 INF. N° 075-2025-HRC-SCOE Remite informe de supervisión de desinfección de : del mes de julio 2025 HT 017441 con su respectivo formato (lista de chequeo desinfección de atop nivel) Cardiología, gastroenterología, medicina B, UCI adultos, UCI neonatal
Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Se empaque y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. (0: No se cumple; 1: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	DLDE-2-3	2	MAPRO de empaque y esterilización de material aprobado con RD Lista de chequeo de los pasos del proceso de empaque y esterilización de la unidad de acuerdo a la norma.	Revisión documental Observación con lista de chequeo	RD N° 676-2025-GORE CUSCO-GRS-HRC/UGF De fecha 16/09/2025 Aprobar MAPRO del servicio de Central de Esteril del Hospital Regional de Cusco Preparación y empaque de material, equipo instrumental quirúrgico página Se evidencia lista de chequeo y preparación y empaque situ
Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. (0: No se cumple; 1: Se empaque y esteriliza, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	DLDE-2-4	2	Lista de chequeo de cumplimiento de las disposiciones del Manual de Desinfección y Esterilización (10 trabajadores)	Observación con lista de chequeo	Se evidencia lista de chequeo de desinfección y esterilización de los diferentes servicios cardiología, gastroenterología, neurología medicina B, UCI ac UCI neonatal INF. N° 075-2025-HRC-SCOE Remite informe de supervisión de desinfección de nivel De fecha 18/08/2025 HT 017441

Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	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. (0: No se cumple; 1: Se almacena, pero no se cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	DLDE2-5	2	Libro de Registro manual o electrónico de Control de Daños y pérdidas de materiales y equipos Informe de supervisión Mensurizado del libro de registros de los procedimientos de esterilización.	Verificación / Revisión de documentos Observación HT 021280 INF N° 084-2025-HRC-SCEE De fecha 01/09/2025 HT 018539 INF N° 056-2025-HRC-SCEE Informe de registro de control de daños y pérdidas materiales y equipos De fecha 25/08/2025 HT 012698
Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento. (0: No se cumple; 1: Se realiza, pero no cumple con todo lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	DLDE2-6	0	Libro de Registro manual o electrónico de pérdidas o deterioros de enseres de cama y ropa Informe mensual del registro	Verificación / Revisión de documentos
Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	El personal que realiza la recolección y lavado de la ropa y enseres está debidamente protegido de acuerdo con la norma de salud ocupacional. (0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)	Proceso	DLDE3-1	0	Informes de supervisión del cumplimiento de las disposiciones del manual de Salud Ocupacional Lista de chequeo del cumplimiento de las disposiciones del Manual de Salud Ocupacional (10 trabajadores)	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo
Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Existe un procedimiento especial para el tratamiento de la ropa contaminada que es de conocimiento del personal de lavandería. (0: No existe; 1: Existe, pero no lo conoce todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Estructura	DLDE3-2	0	MAPROD de procedimientos especiales para el tratamiento de ropa contaminada aprobada con RD Encuesta de conocimiento al personal del área responsable	Verificación / Revisión de documentos Maestro Encuesta
Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	Se cuantifica el porcentaje de reclamos y quejas sobre el servicio de lavandería por problemas en la entrega, oportunidad (entre otros atributos) de los enseres de cama y ropa y se toman acciones correctivas. (0: No hay normas; 1: Si existen, pero no son conocidas por todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Estructura	DLDE3-3	0	Libro/Cuaderno de registro de reclamos y quejas en el servicio de lavandería Informe mensurizado del libro/cuaderno de registros Informe de las medidas correctivas implementadas	Verificación / Revisión de documentos

000053



AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso: 18 MANEJO DE RIESGO SOCIAL
 Evaluadores: LIC. NATALY SALCEDO CORDOVA
 Fecha: 29/09/2025
 Servicio Evaluados: SERVICIO SOCIAL
 Participantes de la Evaluación: ASISTENTA SOCIAL ROSARIO BOMBILLA PUMA
 Código Estándar : MRS-1 MRS-2

Estándar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	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. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	MRS1-1	2	documento oficial (RD) que aprueba el Sistema de Evaluación Socioeconómica Institucional Manual de procedimientos para la evaluación socioeconómica aprobado con documento oficial (RD)	Revisión / Verificación de documentos	RD N° 623-2024-GORE-CUSCO-GRSC HRC/UGRH Manual de procedimiento de servicio social Se verifica fichas socioeconómicas de los usuarios
El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica. (0: No realiza; 1: Realiza pero menor a lo planificado; 2: Realiza según lo planificado)	Proceso	MRS1-2	2	Fichas de Evaluación socioeconómica Informe/Reporte mensuales de control de calidad de Fichas de evaluación socioeconómica	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica archivar con fichas de evaluación socioeconómica Se verifica archivar con reportes estadísticos de evaluaciones realizadas Informe N° 100-HRC INF. N° 45-SERVISOCIAL-2025 Informe estadístico del servicio
El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENIEC. (0: No cuenta; 1: En proceso de implementación; 2: Cumple con todo lo establecido)	Estructura	MRS1-3	2	Equipos de Computación con internet Lista de chequeo para verificar el cruce de información con ESSALUD y RENIEC	Observación con Lista de Chequeo Muestra	Se verifica equipo de cómputo en servicio Cuenta con servicio de internet. Se verifica cuaderno de registro de hospitalización donde registrar datos de para cruce de información
El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización. (0: Sólo realiza en emergencias y hospitalización; 1: Realiza en todos menos en una; 2: Realiza en todos los servicios listados)	Proceso	MRS1-4	2	FESE aplicadas en las áreas de Consultorio Externo, Emergencia Apoyo al Diagnóstico, y Hospitalización	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica registros encuadrados y archivar. Se verifica evaluación socioeconómica de consultorio externo, emergencia y hospitalización



000052

El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican. (0: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles).	Proceso	MRS2-1	2	Libro de registro manual o electrónico de Exoneraciones a población pobre y en pobreza extrema que no cuenta con SIS Informe de aplicación de pacientes pobres y en extrema pobreza para que se beneficien del SIS	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica cuaderno de registro de exoneraciones. Se verifica informes
El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. (0: Exoneraciones a pacientes clasificados A; 1: Exoneración mayoritaria a pacientes clasificados B; 2: Sólo exonera a pacientes clasificados como C y que no acceden al SIS).	Resultado	MRS2-2	2	Tarifario diferenciado del EESS Informe de verificación del tarifario del EESS adecuados a las políticas del MINSA	Revisión / Verificación de documento	RD N° 160-2025-GORE CUSCO-GRSC HRC/UGRH De fecha 19/02/2025 Tarifario de procedimientos médicos sa

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO Nivel III-1

Macroproceso:	19 MANEJO DE NUTRICION DE PACIENTES
Evaluadores(s):	ING. FREDY SALCEDO ABARCA / OBSTLA LISSETH ASCUE ESCALANTE
Fecha:	03/10/2025
Servicio Evaluados:	SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA
Participantes de la Evaluación	NUT. SONIA ARAOZ MAMANI
Código Estandar:	NYD-1 NYD-2

Estandar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	FUENTE AUDITABLE	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (0: No cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	NYD1-1	2	RD que aprueba MOF y MAPRO de Nutrición de acuerdo a la normatividad vigente	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 638-2023-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 24/11/2023 Aprobar Manual de procedimientos del servicio de Nutrición y Dietética del Hospital Regional de Cusco
El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año. (0: El personal no está continuamente entrenado; 1: Sólo el personal responsable está continuamente entrenado y capacitado; 2: Se cumple con lo establecido)	Estructura	NYD1-2	2	Plan de capacitación del servicio de nutrición y dietética Informes de Capacitación y listas de asistencia. Revisión de legajo.	Verificación / Revisión de documentos	Informe N° 124-2025-GRCUSCO/HRC/DAT/SNYD/SA Plan de capacitación anual del servicio de nutrición y dietética De fecha 15/04/2025 HT 007203 Informe N° 267-2025-GRCUSCO/HRC/DAT/SNYD/SA Informe de capacitación realizada en el mes de agosto personal del servicio de nutrición De fecha 15/08/2025 HT 19675
El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios. (0: No se han determinado; 1: Se han determinado, pero no se cumplen; 2: Se cumple con lo establecido)	Estructura	NYD1-3	2	Documento oficial que aprueba horarios de distribución de dietas según establecido Reportes de distribución de dietas	Verificación / Revisión de documentos Observación	RD N° 551-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 17/07/2025 Aprobar horario de atención al personal asistencial que encuentra de guardia y pacientes hospitalizados Informe N° 093-2025-GRCUSCO/HRC/DAT/SNYD/SA Informe de horarios de atención al personal asistencia pacientes del Hospital Regional de Cusco De fecha 01/04/2025 HT 6152
El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican. (0: No se promueve; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	NYD1-4	2	Cada servicio cuenta con la norma de manipulación de alimentos. Manual de Manipulación de alimentos oficial de acuerdo a normatividad vigente. Informe trimestral de supervisión de la manipulación de alimentos Lista de chequeo para verificar el Cumplimiento del Manual de Manipulación de Alimentos.	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	RD N° 675-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 16/09/2025 Informe N° 230-2025-GRCUSCO/HRC/DAT/SNYD/SA Informe sobre manipulación de alimentos de los meses agosto y setiembre

El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de viveres perecibles y no perecibles. (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	NYD1-6	2	RD que aprueba el Manual de Buenas prácticas de almacenamiento de viveres perecibles y no perecibles Lista de chequeo en función de la norma	Verificación / Revisión de documentos Observación con lista de chequeo	RD N° 675-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 16/09/2025 Aprobar el manual de buenas prácticas de manipulación de alimentos del servicio de nutrición y dietética del Hospital Regional de Cusco Se evidencia formato de buenas prácticas de manipulación de productos no conformes, folio 42 Informe N° 122-2025/GRSC/HRC/ADT/SAM Informe del primer trimestre de supervisión de registros diarios de los almacenamientos de carne, verduras y fruta se aplica formatos de buenas prácticas de almacenamiento Informe N° 251-2025/GRSC/HRC/ADT/SAM Informe del segundo trimestre (abril, mayo y junio) si de buenas prácticas manipulación en el área de producción De fecha 03/09/2025 HT 018648
El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican. (0: No se realiza; 1: Se informa sobre los requerimientos nutricionales sin que esté de acuerdo con sus necesidades; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Proceso	NYD1-6	1	Cronograma de actividades de información al usuario sobre requerimientos nutricionales Cuenta con material de información (dípticos cartillas, etc) Encuesta a Usuarios y sus familiares sobre conocimientos y prácticas de sus requerimientos nutricionales, en relación a sus necesidades	Verificación / Revisión de documentos Muestreo Encuesta	Se evidencian formatos de informes y triplicados INF. N° 200-2025-GRSC/HRC/DAT/SNYD/SAM Informe sobre encuestas de satisfacción a pacientes de diferentes servicios Hospital Regional de Cusco De fecha 26/06/2025 HT 012704 INF. N° 268-2025-GRSC/HRC/DAT/SNYD/SAM Informe sobre encuestas de satisfacción del personal guardia que recibe alimentación del Hospital Regional de Cusco De fecha 15/08/2025 HT 019676
Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica	El servicio de nutrición cuenta con un listado de regímenes estándar por patologías prevalentes que se encuentran detallados con composición de nutrientes, prescripciones dietéticas y menús diarios. (0: No cuenta; 1: Cuenta con listados que no están detallados en su composición; 2: Cumple con lo establecido)	Estructura	NYD2-1	2	RD que aprueba el Listado de regímenes dietéticos estándar por patologías prevalentes.	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 739-2025-GORE CUSCO-GRSC-HRC/UGRH De fecha 16/10/2025 Aprobar el documento técnico manual de regímenes dietoterapéuticos del servicio de nutrición y dietética del departamento apoyo al tratamiento del Hospital Regional de Cusco

0000049



Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	El personal de enfermería/obstetricia verifica y registra la concordancia entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas. (0: No se realiza; 1: Se verifica, pero no sistemáticamente; 2: Se cumple con lo establecido)	Proceso	NYD2-2	1	Kardex de enfermería y Obstetricia en rubro de registro de dietas recibidas. Libro de registro de los menús del día y las indicaciones dietéticas. Informe mensualizado del libro de registro Verificación en 10 Historias clínicas y Kardex.	Verificación / Revisión de documentos Muestreo	Informe N° 082, 120, 154, 215-2025/GRCSC/HRC/ADI Informe mensual de entrega de dietas de hospitalización diferentes servicios de los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo Se evidencia formatos consolidados por dietas de diferentes servicios INF. N° 303-2025-GRCUSCO/HRC/DAT/SNYD/SAM Informe del III trimestre de supervisión de registro de los almacenes de carne, verduras y frutas donde se evidencian formatos de buenas prácticas de manipulación de alimentos y buenas prácticas de almacenamiento
Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	El profesional de nutrición efectúa la visita diaria a los pacientes con dietas especiales. (0: No se realiza; 1: Se realiza ocasionalmente; 2: Se realiza siempre)	Proceso	NYD2-3	0	Informe diario de las visitas efectuadas por el profesional de nutrición a los pacientes con dietas especiales. Encuesta a 10 pacientes.	Verificación / Revisión de documentos Encuesta	
Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	Se lleva registro del porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios y se adoptan medidas correctivas. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)	Resultado	NYD2-4	2	Buzón de quejas en áreas visibles Libro de registro manual o electrónico de quejas efectuadas por los usuarios Informe mensualizado de las quejas efectuadas por el usuario Informe de implementación de medidas de mejora según el informe	Observación / Verificación / Revisión de documentos	INFORME 132-2025-GRCUSCO/HRC/DATSN/D/SA Porcentaje de quejas en el buzón de sugerencias por trimestre De fecha 02/05/2025 HT 006283 Informe 255-2025-GRCUSCO/HRC/DATSN/D/SA Informe sobre quejas registradas en el libro de reclamos de los meses abril, mayo y junio De fecha 08/09/2025 HT 019208

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Macroproceso:	20 GESTIÓN DE INSUMO Y MATERIAL
Evaluador(es):	LIC. DARWIN FIGUEROA ZUÑIGA / Q.F. ELLEN PALACIOS GONZALES
Fecha:	26/09/2025
Servicio Evaluado:	UNIDAD DE LOGÍSTICA, ALMACÉN CENTRAL
Participantes de la Evaluación:	JEFE DE LOGÍSTICA INDIRA CAROCEL FUENTES
Código Estandar:	GIM-1 GIM-2

Estandar	Criterio	Tipo_Crite no	Código critero	Punta je	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. (0: No se han definido; 1: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido).	Estructura	GIM1-1	2	RD que aprueba las Líneas de acción para el requerimiento y adquisición de insumos o materiales del EESS de acuerdo a la normatividad vigente	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 496-2024
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos). (0: No cuenta con plan anual de necesidades; 1: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	GIM1-2	1	Plan Anual de Necesidades de bienes estratégicos por servicio incluidos en el Plan Anual de Adquisiciones del EESS	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 39-B-2025
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de atención central. (0: No se cuenta con programación; 1: Se tiene programación, pero no están contempladas todas las áreas o servicios; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Estructura	GIM1-3	0	R.D que aprueba el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de insumos y materiales Informe de implementación de las recomendaciones Lista de chequeo del cumplimiento del manual de buenas prácticas de almacenamiento	Verificación / Revisión de documentos	En proceso No cuenta con RD Se verifica que está en proceso de elaboración
Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacen). (0: No se han establecido; 1: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)	Estructura	GIM1-4	0	R.D que aprueba el manual de procedimientos para el control de insumos y materiales Informe de implementación de las medidas recomendadas del manual en el almacén Lista de chequeo del cumplimiento del manual	Verificación / Revisión de documentos	En proceso No cuenta con RD Se verifica que está en proceso de elaboración





Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Proceso	GIM2-1	0	Informe de requerimiento de bienes estratégicos de cada semana Plan anual de adquisiciones Evaluación del Plan Anual de Adquisiciones Informe de los bienes adquiridos según el Plan Anual de Adquisiciones.	Verificación / Revisión de documentos	No se evidencia ningún informe ni plan
Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados).	Resultado	GIM2-2	0	RD que aprueba el MAPRO de la unidad de logística Lista de chequeo de cumplimiento de la norma vigente.	Verificación / Revisión de documentos	En proceso No cuenta con RD Se verifica que está en proceso de elaboración
Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación (0: Menos del 50% de entregas están de acuerdo con una programación; 1: Entre 50% y 80% de las entregas están acordes a la programación; 2: Más del 80% de entregas están acordes a la programación.).	Proceso	GIM2-3	1	Libro de registro manual o electrónico de entrega de insumos y materiales de acuerdo a la programación de requerimientos Informe de evaluación del libro de registro de entrega de insumos y materiales.	Verificación / Revisión de documentos	Reporte SIGA Logística No se evidencia ningún informe
Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición en insumos y materiales. (0: Se registra en menos del 60% de los procesos de adquisición; 1: Se registra para el 60% a 80% de los procesos; 2: Se registra para más del 80% de los procesos.)	Proceso	GIM2-4	1	Libro de registro manual o electrónico de opinión de técnicos en el proceso de la adquisición de insumos y materiales Informe de Auditorías de los procesos de adquisición. Lista de chequeo de la opinión técnica en los procesos de adquisición de insumos y materiales.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Reporte SEASE No se evidencia ningún informe

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO NIVEL III-1

Asesor: 21 GESTION DE EQUIPO E INFRAESTRUCTURA
 Lic. DARWIN FIGUEROA ZUNIGA / Q.F. EDISON SANCHEZ QUINTANA
 27/09/2025

Objetivo: PLANEAMIENTO, MANTENIMIENTO, PATRIMONIO, LOGISTICA
 Jefe de la Unidad de Mantenimiento ING. MIGUEL VALENZUELA VALENZUELA, JEFE DE LA UNIDAD DE PATRIMONIO LIC LIZ VERA ALVARADO
 Estandar: EIF-1 EIF-2

Estandar	Criterio	Tipo_Criterio	Código criterio	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del Puntaje
El establecimiento cuenta con personal capacitado y humano capacitado y normas para disponer de infraestructuras y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	EIF1-1	1	Plan de Mantenimiento Preventivo y Recuperativo de la Planta Física y Servicios Básicos aprobado con documento oficial y se encuentra incorporado al POA oficial. Informe de evaluación trimestral del Plan.	Verificación / Revisión de documentos	RG N° 01065-2025-GR CUSCO/GR Aprueba plan de equipamiento de Establecimiento de Salud PEES 2025-2028 de la Region de Salud de Cusco
El establecimiento cuenta con personal capacitado y humano capacitado y normas para disponer de infraestructuras y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	EIF1-2	1	Plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos aprobado con documento oficial y está incorporado al POA oficial.	Verificación / Revisión de documentos	No se evidencia RD Se evidencia plan de mantenimiento de infraestructura y equipamiento 2025-2026
El establecimiento cuenta con personal capacitado y humano capacitado y normas para disponer de infraestructuras y en buen estado.	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de todos los procesos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	EIF1-3	0	Evidencia documental de capacitación del personal en Elaboración de Proyectos de Inversión. Proyectos de inversión elaborados en el último año evaluado o en proceso al momento de la evaluación.	Verificación / Revisión de documentos	No aplica porque somos unidad formuladora, solo somos unidad ejecutora
El establecimiento cuenta con personal capacitado y humano capacitado y normas para disponer de infraestructuras y en buen estado.	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. (0: No tiene; 1: Si tiene, pero no cuenta con instrumentos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	EIF1-4	2	Evidencia documental de Capacitación del personal de mantenimiento preventivo y de recuperación de la infraestructura y equipos	Verificación / Revisión de documentos	Se verifica lista de capacitados según tipos de equipos
El establecimiento cuenta con personal capacitado y humano capacitado y normas para disponer de infraestructuras y en buen estado.	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del establecimiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	EIF1-5	1	MAPRO para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de la infraestructura física del EESS	Verificación / Revisión de documentos	Sin RD Se evidencia documento MAPRO
El establecimiento cuenta con personal capacitado y humano capacitado y normas para disponer de infraestructuras y en buen estado.	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido).	Estructura	EIF1-6	2	Sistema de inventario manual o electrónico actualizado Libro de registro manual o electrónico de operatividad de equipos e instrumentos Informe anual de inventario y trimestral del Registro de operatividad	Verificación / Revisión de documentos	Se evidencia en el sistema SIGA Patrimonio 20/01/2001 Se evidencia informe y calendario



Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido.)	EIF1-7	Estructura	1	Manual de procedimientos para el mantenimiento de las instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias aprobado con RD. Informe de los procedimientos realizados de acuerdo con el manual. Lista de chequeo en función del procedimiento. Verificación del estado de las instalaciones. Consultar DGIEM.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Se evidencia MAPRO sin RD, solicitar aprobación mediante RD
Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)	EIF1-8	Proceso	1	RD que aprueba la Manual de procedimientos para el mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras. Informe trimestral de la situación de las áreas críticas de acuerdo al manual. Lista de chequeo de los procedimientos realizados según manual de procedimientos. Consultar DGIEM.	Verificación / Revisión de documentos Observación	Se evidencia MAPRO sin RD
Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)	EIF1-9	Proceso	0	Documento oficial que aprueba la Manual de medidas de buen uso y prevención del deterioro de equipos y servicios básicos. Informe de las actividades realizadas según el manual. Lista de chequeo del cumplimiento del manual.	Verificación / Revisión de documentos Observación	No cuenta con RD ni con MAPRO
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. (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año.)	EIF2-1	Proceso	1	RD que aprueba el Procedimiento de Verificación de inventario. Informe trimestral de verificación de inventario.	Verificación / Revisión de documentos	RD N° 384-2024-GORE CUSCO-GRSC-HRCUGRH Con cronograma No se evidencia informe trimestral
Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación. (0: Lo aplica el 50% de las jefaturas de servicio; 1: Lo aplica entre más del 50 y el 80%; 2: Lo aplica más del 80%).	EIF2-2	Proceso	2	Informe trimestral de evaluación del Plan de mantenimiento preventivo de equipos.	Verificación / Revisión de documentos	Se evidencia INF. N° 18-DRSC-HRC-BIOMSD-UMTySG Reporte de producción laboral de los meses de enero a marzo 2025.
Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos. (0: Lo conoce el 50% de las áreas; 1: Lo conoce entre más del 50 y el 80% de las áreas; 2: Lo conoce la del 80%).	EIF2-3	Proceso	2	Libro de registro manual o electrónico de solicitudes de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos. Informe trimestral del libro de registro.	Verificación / Revisión de documentos	Se evidencia libro de registro de trabajo OTM-2024-2025 Reporte mensual



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: **00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO**

Tipo de Establecimiento: **III-1**

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluador Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Terminó: 05/11/2025

Resultado Global: **528.95 Puntos -> 83.15 %**

Resultado Por Categoría:

Categoría	Puntaje	Porcentaje
GER.Gerencia	202.13	90.79%
PRE.Prestación	204.64	80.42%
APO.Apoyo	122.18	76.83%

Resultado Por Macroproceso:

Macroproceso	Puntaje	Porcentaje
DIR.Direccionamiento	53.11	97.06%
GRH.Gestión de recursos humanos	36.21	88.24%
GCA.Gestión de la calidad	47.88	100.00%
MRA.Manejo del riesgo de atención	39.46	82.42%
GSD.Gestión de seguridad ante desastres	9.77	71.43%
CGP.Control de la gestión y prestación	30.91	90.38%
ATA.Atención ambulatoria	38.30	80.00%
AEX.Atención extramural	0.00	0.00%
ATH.Atención de hospitalización	31.92	66.67%
EMG.Atención de emergencias	44.10	92.11%
ATQ.Atención quirúrgica	38.71	80.85%
DIV.Docencia e Investigación	28.50	83.33%
ADT.Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico	17.10	100.00%
ADA.Admisión y alta	15.63	91.43%
RCR.Referencia y contrareferencia	17.10	100.00%
GMD.Gestión de medicamentos	13.81	80.77%
GIN.Gestión de la información	11.15	65.22%
DLDE.Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización	9.73	56.90%
MRS.Manejo del riesgo social	17.10	100.00%
NYD.Nutrición y dietética	15.09	88.24%
GIM.Gestión de insumos y materiales	4.60	26.92%
EIF.Gestión de equipos e infraestructura	10.06	58.82%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: **00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO**

Tipo de Establecimiento: **III-1**

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluable Lider: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Termina: 05/11/2025

Resultado Global: **528.95 Puntos -> 83.15 %**

Resultado Por Estándar:

Estándar	Puntaje	Porcentaje
DIR-1.El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	15.33	95.81%
DIR-2.Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.	6.00	100.00%
GRH-1.El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	6.40	80.00%
GRH-2.El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	3.00	75.00%
GRH-3.El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.	4.00	100.00%
GRH-4.El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.	6.00	100.00%
GCA-1.El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	10.00	100.00%
GCA-2.El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.	18.00	100.00%
GCA-3.El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de	16.00	100.00%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO

Tipo de Establecimiento: III-1

Fase: AutoEvaluación

Evaluable Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Término: 05/11/2025

Resultado Global: 528.95 Puntos -> 83.15 %

Resultado Por Estándar:

Estándar	Puntaje	Porcentaje
mejora		
MRA-1.El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	19.80	90.00%
MRA-2.El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases.	12.00	66.67%
MRA-3.El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones	5.71	71.38%
MRA-4.El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte.	8.00	100.00%
MRA-5.El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.	5.00	50.00%
MRA-6.El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.	18.75	93.75%
MRA-7.El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.	8.00	100.00%
MRA-8.El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura.	6.00	100.00%
GSD-1.Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	8.75	62.50%
GSD-2.Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.	9.85	61.56%
GSD-3.Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres.	12.00	100.00%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO

Tipo de Establecimiento: III-1

Fase: AutoEvaluación

Evaluable Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Término: 05/11/2025

Resultado Global: 528.95 Puntos -> 83.15 %

Resultado Por Estándar:

Estándar	Puntaje	Porcentaje
CGP-1.El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	4.00	100.00%
CGP-2.El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	23.29	89.58%
ATA-1.El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	10.00	100.00%
ATA-2.La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	4.80	60.00%
ATA-3.El establecimiento desarrolla programas de prevención y promoción de la salud para la atención de los principales daños crónico-degenerativos, transmisibles y prevalentes.	3.60	60.00%
ATA-4.Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta ambulatoria en los ambientes destinados a ésta.	4.00	100.00%
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.	0.00	0.00%
AEX-2.El establecimiento de salud brinda una cartera de servicios extramurales de acuerdo con el modelo de atención establecido.	0.00	0.00%
AEX-3.El establecimiento de salud identifica oportunidades de mejora para el incremento de la cobertura de la	0.00	0.00%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

**Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO**

Tipo de Establecimiento: **III-1**

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluador Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Terminó: 05/11/2025

Resultado Global: **528.95 Puntos -> 83.15 %**

Resultado Por Estandar:

Estandar	Puntaje	Porcentaje
atención extramural a partir de una medición sistemática de los logros.		
AEX-4.El establecimiento cuenta con agentes comunitarios que apoyan el trabajo extramural a través de coordinaciones permanentes.	0.00	0.00%
ATH-1.El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	2.40	40.00%
ATH-2.El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	4.20	70.00%
ATH-3.El establecimiento garantiza las condiciones necesarias para que el equipo interdisciplinario de salud brinde una atención segura al usuario	8.00	100.00%
ATH-4.Los equipos médicos que brindan servicios de internamiento, desarrollan sus actividades de atención según procedimientos consensuados, documentados y aprobados	7.22	72.20%
ATH-5.El paciente y su familia reciben la educación e información pertinentes durante la ejecución del tratamiento	3.20	80.00%
ATH-6.El establecimiento de salud garantiza la continuidad de los procedimientos para interconsultas así como acciones de apoyo diagnóstico y tratamiento (intrainstitucionales y interinstitucionales,)	2.00	50.00%
ATH-7.El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento	7.00	50.00%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO

Tipo de Establecimiento: IIII-1

Fase: AutoEvaluación

Evaluador Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Terminó: 05/11/2025

Resultado Global: 528.95 Puntos -> 83.15 %

Resultado Por Estandar:

Estandar	Puntaje	Porcentaje
EMG-1.El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	0.00	0.00%
EMG-2.El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.	8.00	80.00%
EMG-3.El personal de emergencia realiza los procesos de atención que garantizan la continuidad del cuidado del paciente.	6.00	100.00%
ATQ-1.El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	10.00	100.00%
ATQ-2.El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	8.00	100.00%
ATQ-3.El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos	17.11	77.77%
ATQ-4.El establecimiento de salud realiza acciones de control de las prestaciones brindadas en el centro quirúrgico e implementa acciones para su mejora	4.57	57.12%
DIV-1.El establecimiento está organizado para desarrollar actividades de docencia e investigación	15.00	83.33%
DIV-2.Se desarrollan actividades académicas y de investigación de acuerdo con lo establecido en el plan de trabajo	10.00	83.33%
ADT-1.Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	4.00	100.00%
ADT-2.El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	4.00	100.00%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO

Tipo de Establecimiento: III-1

Fase: AutoEvaluación

Evaluable Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Término: 05/11/2025

Resultado Global: 528.95 Puntos -> 83.15 %

Resultado Por Estándar:

Estándar	Puntaje	Porcentaje
ADT-3. Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	14.00	100.00%
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.	7.14	71.40%
ADA-2. El establecimiento de salud brinda servicios de admisión integral con enfoque al usuario.	15.24	95.25%
ADA-3. El establecimiento de salud realiza el proceso de alta según los atributos de oportunidad, continuidad, integralidad.	4.00	100.00%
ADA-4. El establecimiento de salud garantiza que el paciente reciba atención continuada después del alta.	2.00	100.00%
RCR-1. El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	8.00	100.00%
RCR-2. El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	4.00	100.00%
RCR-3. Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	8.00	100.00%
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.	0.00	0.00%
GMD-1. El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su	8.89	88.90%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO

Tipo de Establecimiento: III-1

Fase: **AutoEvaluación**

Evaluable Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Término: 05/11/2025

Resultado Global: **528.95 Puntos -> 83.15 %**

Resultado Por Estándar:

Estándar	Puntaje	Porcentaje
dispensación al usuario		
GMD-2.El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de manera segura y confiable	7.00	70.00%
GMD-3.El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos	8.57	85.70%
GIN-1.El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	16.00	100.00%
GIN-2.El establecimiento de salud realiza sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y la oportunidad de la información.	2.00	50.00%
GIN-3.El establecimiento de salud promueve la cultura de la toma de decisiones basada en información	2.67	33.38%
DLDE-1.El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	6.00	100.00%
DLDE-2.Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	10.00	83.33%
DLDE-3.Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos.	2.29	28.62%
DLDE-4.Se realiza la limpieza de las	1.71	21.38%



Fecha y Hora de Impresión: 21/11/2025 01:45:32 p.m.

Establecimiento: 00002289-HOSPITAL DE
APOYO DEPARTAMENTAL
CUSCO

Tipo de Establecimiento: III-1

Fase: AutoEvaluación

Evaluador Líder: LISSETH

Fecha Inicio: 30/10/2025 Fecha Término: 05/11/2025

Resultado Global: 528.95 Puntos -> 83.15 %

Resultado Por Estandar:

Estandar	Puntaje	Porcentaje
instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.		
MRS-1.El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	8.00	100.00%
MRS-2.El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	4.00	100.00%
NYD-1.El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	12.00	100.00%
NYD-2.Los requerimientos de los servicios nutricionales concuerdan con las necesidades de los pacientes y la prescripción médica.	6.00	75.00%
GIM-1.Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	3.00	37.50%
GIM-2.Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	1.78	22.25%
EIF-1.El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado.	8.18	45.44%
EIF-2.El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.	5.00	83.33%



INFORME N°453 -2025 -GR-GERESA/HRC-DE



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

DE : Med. Carlos Enrique Gamarra Valdivia.
Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco.

ASUNTO : Inicio del Proceso de Autoevaluación para la Acreditación del
Hospital Departamental de Apoyo de Cusco

ATENCIÓN : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria

FECHA : Cusco, 22 AGO 2025

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y mediante el presente hacer de su conocimiento que, en cumplimiento a la programación de actividades del Plan Táctico, Plan de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud, aprobada mediante RD N° 300-2025-GORE.CUSCO-GRSC-HRC/UGRH, de fecha 14 de abril del 2025 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 del Hospital Regional de Cusco.

En tal sentido se remite el presente documento del inicio del proceso de autoevaluación en el Hospital y/o 100% del Hospital Regional de Cusco la cual inicia a partir del (08 de setiembre) al (24 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,


MED. CARLOS ENRIQUE GAMARRA VALDIVIA
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 48303 RNE 31580

ANEXO 05 : CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

[illegible]



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Dirección
Ejecutiva



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

INFORME N° 455 -2025 -GR-GERESA/HRC-DE.



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

DE : Med. Carlos Enrique Gamarra Valdivia.
Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco.

ASUNTO : Inicio del proceso de Autoevaluación 2025 del Hospital de Apoyo Departamental
Cusco

ATENCIÓN : Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria

FECHA : Cusco, 25 AGO 2025

Por el presente me dirijo a usted, con relación al proceso de Acreditación del Hospital a mi cargo; en lo referente a la implementación de la Autoevaluación.

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 fallas 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.





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Dirección
Ejecutiva



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

- 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 en el Hospital Regional de Cusco, en el año 2024 fue del 75%, 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 elaboró el informe comunicando el inicio del proceso de autoevaluación para el presente ejercicio fiscal; asimismo, la Información detallada se encuentra en la Matriz-MINSA, ubicada en el siguiente Link:
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1xLT98F0MBBGUCDx6UKALZEBJ_rsl89F9m45zdM_XP_o/edit?gid=1653160298&gid=1653160298
- El Hospital ha publicado en la página web institucional el Plan de Autoevaluación 2025 ubicados en el siguiente link:
https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2025/08/Cronograma_Autoevaluacion.pdf

III. CONCLUSIONES

- El Hospital Regional de Cusco continúa con la autoevaluación en el presente año fiscal y elabora el informe comunicando el inicio del proceso de autoevaluación - 2025, en concordancia a las normas vigentes y los publica en la página web institucional del Hospital

IV. RECOMENDACIONES

- Ante lo expuesto, se remite el informe comunicando el inicio del proceso de Autoevaluación y están disponibles en el siguiente Link
<https://drive.google.com/drive/folders/1Tke0gWWqYThyp6JZOBy1pZrCaBHbuGRn>
- 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
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
REC. 001
REC. 001
REC. 001

Cc. Archivo
LAE/ae
C-25-08-25



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



CITACION

LA DIRECCION EJECUTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO, CITA CON CARÁCTER DE URGENCIA AL EQUIPO DE ACREDITACION 2025

DIA : Jueves 13 de marzo de 2025
HORA : 11:00 hr
ASUNTO : CONFORMACION DE EQUIPO DE ACREDITACION 2025
LUGAR : CUERPO MEDICO

Nº	CITADOS	FIRMA
1	C.P.C Danilo Palomino Fernández Director Administrativo	
2	Med. Marina Ochoa Linares Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria	 Recibe 11/03/2025 11:23 am
3	Med. Katiana Huacac Cáceres Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad	
4	Med. Renan Ramírez Vargas Jefe del Departamento de Medicina	 02/03/25
5	Med. Manuel Andrés Montoya Lizárraga Jefe del Departamento de Medicina Especialidades	 01/2/03/25
6	Med. Aldo Vallenar Yanquirimachi Jefe del Departamento de Cirugía	
7	Med. Wilbert Cárdenas Alarcón Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia	
8	Med. Erwin Luna Campana Jefe del Departamento de Pediatría y Neonatología	 13-3-25
9	Med. José Luis Loayza Moscoso Jefe del Departamento de Anestesia, Analgesia y Reanimación	
10	Med. Charlie Pari Caller Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidado Crítico	 Oto 11/03/25 02:02 PM
11	Med. Nashia Sánchez Condori Jefe del Departamento de Oncología	
12	Med. Manuel Zevallos Rodríguez Jefe del Servicio de Traumatología	 72/03/25



13	Med. Juan Manuel López Aguilar Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico	
14	QF. Vladimir Lizárraga Morales Jefe del Departamento de Apoyo al Tratamiento	
15	Med. Vanesa Zapata <i>Dir. Fondo</i> Jefe del Servicio de Consultorio Externos	
16	Med. Alexandra Delgado Lázaro Jefe de la Oficina de Seguros, Convenios, Referencias y Contrareferencias	
17	Obsta. María Herrera Ovalle Jefa de Obstetras	
18	Lic. Sonia Lazo Valer Jefa del Departamento de Enfermería	
19	Med. María Elena Salas Galindo Jefe de la Oficina de Investigación, Docencias y Capacitación	
20	Abog. Sofia Apaza Pilco Jefe de la Unidad de Gestión de Recurso Humano	
21	CPC. Sonia Zarate Dalens Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto	
22	S.P. José Miguel Valenzuela Valenzuela Jefe de la Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales	

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Mg. Carlos Eddi Gamarra Valdivia
Director Ejecutivo
C.M. 48307 RNE 31940

Acta de Socialización e Instalación del Equipo de Acreditación Autorregulación - Hospital Regional Ciego - 2025

Siendo las 11:11 am del día 13 de Marzo del 2025 se encuentran reunidos en el ambiente adjunto a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Ciego, Jefes de Acreditación (Acreditación) y el Equipo de Autorregulación. Se da inicio a la reunión dando a conocer los resultados del 2024 obtenidos en el año 2024.

Se encuentra en representación del Director Ejecutivo el Administrador del Hospital Regional del Ciego - C.R.C. Danilo Polvorinos Ferrnandez.

El Dr. Lisbeth Acosta Escalante lee uno de la palabras indicando que de acuerdo a norma, el equipo de Acreditación debe ser conformado por los Jefes de Departamento.

El año 2024 por 75.86% y se cumplió al 100%, de acuerdo a todo lo establecido de acuerdo a lo exigido en GENESA.

Comparativas: 1. Atención al Paciente en el 2023 - 36 pts y 2024 = 31 pts (límite)

Criterios Evaluados: Hospitalización: en el 2023 34 pts y 2024 = 31 pts (límite)

Criterios de Manejo: Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento: Optimo 22, obtenido 19 pts

Ref. y Contingencias: Optimo 20 pts, obtenido 2024 = 20 pts.

5. Prácticas Sociales: Optimo 12 pts, obtenido 2024 = 11 pts.

6. Atención a Emergencias: Optimo 28 pts, obtenido 2024 = 28 pts.

7. Documentación: Optimo 22 pts, obtenido 2024 = 20 pts.

8. Gestión de Medicamentos: Optimo 30 pts, obtenido 2024 = 26 pts.

9. RR.HH.: Optimo 22 pts, obtenido 2024 = 17 pts.

10. Atención al Paciente: 48 pts, obtenido 2024 = 31 pts.

11. Manejo de Riesgo de la Atención: Optimo 100 pts, puntaje obtenido 31 pts.

12. Gestión de la Información: Obtenido 27 pts, puntaje optimo 28 pts.

13. Admisión y Alta: Optimo 32 pts, obtenido 2024 26 pts.

14. Gestión de Calidad: Optimo 44 pts, puntaje obtenido 2024 38 pts.

Atención de Hospitalización: Optimo 52 pts, obtenido 2024 = 31 pts.

Gestión de Seguridad ante desastres: Optimo 42 pts, obtenido



Desarrollo de competencias: Optimo 34, obtenido 22 puntos

Manejo Administrativo: Optimo 28, obtenido 14 puntos

Control de Gestión y Prestación: Optimo 30 puntos, 25 pts en el 2024.

Finanzas y materiales: Optimo es de 16 puntos, 9 pts en el 2024

Nutrición: resultado Optimo es de 20 puntos, 17 pts en el 2024

Equipo de Infraestructura: Optimo 24 puntos, 10 pts en el 2024

Para el 2025, según lo indicado se incrementa el 5% del resultado obtenido en el 2024. Resultados por año: 2021 = 50.53, 2022 = 57.68, 2023 = 61.33, 2024 = 75.00

Categoría: General el más alto llegando al 83.33% y la categoría

Prestacional: 64.52% disminuyendo en 1.52% a diferencia del 2023.

Logramos el 100%. Emergencia, Referencia y contrareferencias,

Mayo próximo se debe realizar a: Gestión de equipo e infraestructura

Los criterios evaluados de acuerdo a porcentaje son: Criterio 1: RD de equipo constituido y equipo constituido. (2) Plan de Autoevaluación

Pendiente realizar el plan, se está cumpliendo con los plazos establecidos de acuerdo a normas. Lo cuanto se informa a los presentes, han sido la palabra

M.C. Marina P. Ochoa Lirio ha uso de la palabra indicando las

funciones del equipo de Autoevaluados, indicando el cumplimiento por los jefes de departamento los cuales deben involucrarse, en los asuntos deben hacerse cargo del cumplimiento de las tareas, bajo responsabilidad.

La Sra. Zago Valer (jefe de) indica que se ha cargo de los pendientes que reciben ser atendidos de acuerdo a los resultados del año 2024

M.C. Julio Cesar Vargas Trujillo, hace mención del compromiso de algunos servicios durante la evaluación del 2024. (Apuntación).

Sra. Sonia Zarate Dolero (Planificación) indica que se está avanzado, pero que aún falta compromiso y la Oficina de Planeamiento se compromete a apoyar con la reunión de la documentación necesaria para autoevaluación

Se condiciona con jefes de departamento de Hospitalización para la actualización de los documentos como el MAPRO, Guías de práctica

clínicas, Auditadas en los servicios que no cuentan con dicha documentación.



A F Elton Palacios, sugiere sensibilizar por escrito a todo el personal del H.R.C sobre la importancia de Autoevaluación y la importancia de la Asesibilidad para que cada trabajador tenga conciencia. Jefe Depto de Enf. Lic. Sonia Lazo Valer, Jefe de Departamento y Jefe de Servicio deben trabajar coordinadamente y con responsabilidad.

M.C. Patricia Ochoa Linares, inicia con una línea base, y envía a los jefes para dar a conocer todos los ítems de cumplimiento para la autoevaluación y la sensibilización y coordinación.

Al momento de sensibilizar la ficha se debe de indicar que es lo que se debe evaluar, hacer seguimiento, del cumplimiento de manera responsable.

Se envía el plan de Autoevaluación para enviado vía virtual (Whatsapp) para que sea revisado y hacer llegar las observaciones. Siendo las 11:54 am se da por concluida la sesión.

[Handwritten signatures and stamps follow]

[Stamp: JULIO CESAR VARGAS TORREALBA MEDICO CIRUJANO - C.O.P. 18526]

[Stamp: HOSPITAL REGIONAL CUSCO - Mar. Sonia Lazo Valer - JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA - CEP. 18555 - RNE: 2659]

[Handwritten notes and signatures: 07143, 38309, 07575, 071066, 071905, 071905, 071905]

INSTALACIÓN DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN 2025



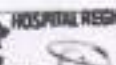




Capacitación a jefes de servicios sobre actualización de datos que serán utilizados en el proceso de Autoevaluación 2025.

Siendo las 10:50 hrs, del día 13 de marzo del 2025 en el servicio de consultorio externo con la jefa de Consultorio Ex. Martha Valderrama Molina y la responsable de Autoevaluación Obst. Lisbeth Anne Escalante quien da las pautas sobre la documentación solicitada en el mismo proceso correspondiente a ATA (atención ambulatoria, consultorio externo) se le explica paso a paso los diferentes macroproyectos para que de esta manera se llegue a la puntuación estimada. Comprometiéndose la jefa de Consultorio externo Lic. Martha Valderrama, Supervisor de consultorio externo Lic. Marco Cayo. Finamos al fin del presente siendo las 11:30 hrs.


Lisbeth Anne Escalante
OBSTETRA
C.E.P. 45120 - 1004 - 05 - 20121

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Lisbeth Anne Escalante
OBSTETRA
C.E.P. 45120 - 1004 - 05 - 20121

Siendo las 11:30 hrs del día 20 de marzo 2025 en el servicio de servicio, se reúne con la jefa del servicio Lic. Rosine Borrobilla Puma y responsable de autoevaluación Obst. Lisbeth Anne, se le entrega y se le brinda inducción sobre las pautas de los macroproyectos de Autoevaluación 2025 que le corresponde (MRS, ADT) quien indica que se da continuidad al trabajo realizado desde años anteriores, y se compromete en trabajos futuros para alcanzar la meta. Finamos al fin del presente 11:55 hrs.


Rosine Borrobilla Puma
ADISTETRA
C.E.P. 45120 - 1004 - 05 - 20121

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Lisbeth Anne Escalante
OBSTETRA
C.E.P. 45120 - 1004 - 05 - 20121

Siendo las 08:24 hrs del día 24 de marzo, en la jefatura del servicio de Neonatología con la jefa Lic. Sonia Morgan Pareda y la responsable de Autoevaluación Obst. Lisbeth Anne Escalante quien le explica cuales son los procesos a seguir para dar cumplimiento a los fichas de los macroproyectos de Neonatología (se le explica paso a paso) donde la Lic. Sonia Morgan Pareda se compromete a seguir los procesos para dar cumplimiento a los fichas de los macroproyectos de Neonatología. Finamos al fin del presente 08:45 hrs.



Siendo las 09:30 hrs, del mismo día en la Jefatura del Servicio de Maternidad Obst. María Herrera Ovalle a quien se le da las pautas del los fichos de los depósitos macroproceso que corresponden a dicho servicio, se le explica macroproceso por macroproceso para que se cumplan con todo lo solicitado en el proceso Autopsia sin 2025 para de ese modo llegar a la meta. También se le explica que se debe dar continuidad a todo lo trabajado el 2024. Repite que los

 **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**
Maria Herrera Ovalle
 OBSTETRA
 P.O. 1001

 **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**
Lisseth Aguilar Escalante
 OBSTETRA
 P.O. 1001

Siendo las 10:30 hrs, del día 24 de marzo del presente año, en la Unidad de seguridad y salud en el trabajo Mtd. Eduardo Quispe Mendoza se le entrega y explica paso a paso el llenado correcto de los Macroproceso a evaluar en el presente año y cumplir con todo lo solicitado para de ese modo poder acreditar, Mtd. Eduardo Quispe repite que se está dando continuidad a los trabajos realizados desde el año pasado. Firma al pie del presente.

 **GOBIERNO REGIONAL CUSCO**
Ministerio de Salud
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Dr. J. Eduardo Quispe Mendoza
 EPS SST - 1001
 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

 **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**
Lisseth Aguilar Escalante
 OBSTETRA
 P.O. 1001

Siendo la 10:45 hrs en el servicio de Representación y Contrarrepresentación de la misma fecha, se le entrega a quien es responsable del servicio **Graciela Santibañan Quispe** a quien se le entrega y explica los fichos de los macroproceso a ser evaluados y que se cumplan con todo lo solicitado a este servicio. Firma al pie del presente.

 **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**

 **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**

 **HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**

Siendo las 09:30 hrs, del día 27 de mayo del 2024, en el servicio de Emergencia con el jefe de servicio Med. Charlye Pasi Calles y la responsable del proceso de Autoevaluación Chata Lisbeth Arce Escalante, se le hace entrega las fichas de Autoevaluación explicándole macroprocesos por macroprocesos, resaltando que se tiene que dar continuidad a dicho proceso y actualizando los documentos solicitados. Firmamos al pie del presente.

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisbeth Arce Escalante
ONSTETRA
CNP 36002

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Dr. Charlye Pasi Calles
Médico Generalista de Emergencia
CNP 36344 RNE 24698

Siendo las 10:19 hrs, en el servicio de Central de Intenzificación con la jefa Lic. Olyenda Paz Aguilar y responsable de Autoevaluación, a quien se le hace de conocimiento el llenado de cada macroproceso y dar continuidad al trabajo realizado y actualizando los documentos solicitados en cada macroproceso.

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisbeth Arce Escalante
ONSTETRA
CNP 36002

Lic. Olyenda Paz Aguilar
CNP 9226

Siendo las 10:30 hrs del mismo día en el servicio de Cirugía B con la jefa la Lic. Lourdes Olave Aragon y responsable del proceso de Autoevaluación a quien se le da a conocer que documentos tiene que actualizar o dar continuidad a cada macroproceso, se le

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisbeth Arce Escalante
ONSTETRA
CNP 36002

Lourdes Olave Aragon
LIC. EN ENFERMERIA
CNP 36080 RNE 28254

Siendo las 13:20 hrs, del mismo día con la jefa del Servicio de Neurocirugía Lic. Luzmarina Lopez Quiroz y la responsable de Autoevaluación y la responsable del proceso, se le explica que documentos tiene que presentar (paso a paso) en cada macroproceso para cumplir con todo lo solicitado en cada macroproceso. Firmamos al pie del presente para dar conformidad.



Siendo las 08:10 hrs del día 31 de mayo del 2025 en el Departamento de enfermería estando presente la jefa Lic. Sonia Lazo Valer, Lic. Nair Alvarado Arango, Lic. Marco Lugo Guiriquel, Lic. Marcel Gutierrez Rayoso y la responsable de Autoevaluación Obstetra Lisseth Acuña Escalante a quienes se les explica el paso a paso del llenado correcto de cada macroproceso y de esta manera poder cumplir con todo lo solicitado y se les recuerda que tienen que dar continuidad a todos los documentos y realizar los que me voy. Se les recalca que para la ppe autoevaluación ya tienen que tener listo los documentos para de esta manera cumplir con la autoevaluación, firmando al pie del presente se cuna el acta siendo las 08:30 hrs.

Lic. Sonia Lazo Valer
Jefa del Departamento de Enfermería
CEP. 18888 RNE. 1888

Lic. Lisseth Acuña Escalante
LIC. EN ENFERMERIA
CEP. 49780 RNE. 1958

María Antonia Cuyo Esquivel
Lic. Enfermería - Especialista UCI
CEP 39524 RNE 5488

Dra. Mariela
Jefa de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización
CEP. 44675 RNE. 8055 - 91645

Lisseth Acuña Escalante
OBSTETRA
CEP. 49780 RNE. 1958

Siendo las 08:36 del mismo día en el Servicio de Ginecología con la jefa de Servicio Lic. Bertha Cordero de Ceballos y la responsable de Autoevaluación se le hace entrega de los macroprocesos de Autoevaluación 2025 y se le explica paso a paso como es que tienen que hacer los documentos y llenar lo que corresponde para cumplir con todo lo solicitado y llegar a un puntaje optimo. Firma al pie del presente siendo las 08:50 hrs. para dar conformidad.

Lisseth Acuña Escalante
OBSTETRA
CEP. 49780 RNE. 1958

Lisseth Acuña Escalante
OBSTETRA
CEP. 49780 RNE. 1958

Siendo las 09:00 hrs. del mismo día con la jefa del Servicio de Pediatría B. Lic. Herivelinda Sutila Escobar Ginecología Lic. Luz Chama Mora Alvarado, a quienes se les explica sobre los documentos que se tiene que presentar para el proceso



[Signature]
 Lic. Patricia María Alarcón
 OBSTETRA
 C.P. 45129 RNE: 32097

[Signature]
 Lic. Patricia María Alarcón
 EN ENFERMERIA
 OBSTETRA
 C.P. 45129 RNE: 32097

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
[Signature]
 Lisseth Ascar Escalante
 OBSTETRA
 C.P. 45129

Siendo las 09:00 hrs del día 06 de abril del 2025 en el servicio de Medicina C estando de jefe la Lic. Evelyn María Panti y la responsable de Autocalificación, donde se le explica punto a punto cada macroproceso para la autocalificación y de esta manera cumplir con todo lo solicitado.

[Signature]
 Lic. Evelyn María Panti
 OBSTETRA
 C.P. 45129

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
[Signature]
 Lisseth Ascar Escalante
 OBSTETRA
 C.P. 45129

Siendo las 09:58 hrs, del día 07 de abril en el servicio de Medicina A con la jefe del Servicio Lic. Francisca Condori Chula y la responsable de Autocalificación 2025. Donde se le explica los documentos que se tiene que realizar en cada macroproceso y dar continuidad a todos los documentos para de esta manera cumplir con todo lo solicitado.

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
[Signature]
 Lisseth Ascar Escalante
 OBSTETRA
 C.P. 45129

[Signature]
 Lic. Francisca Condori Chula
 JEFA DE ENFERMERIA MEDICINA A
 HOSPITAL REGIONAL CUSCO
 C.P. 45129 RNE 019148

Siendo las 11:05 hrs del mismo día en la OAC estando de jefe la Med. Kather - Huacac Cáceres se le entrega los fichas de los macroprocesos de Control de Gestión y Planeación y Gestión de la Calidad donde se le indica los documentos que se tiene que realizar y alistar para el proceso de Autocalificación previa coordinación con el equipo de Gestión de la Calidad.
 Fianza al pie del presente

Dra. Kather Huacac Cáceres
 OBSTETRA
 C.P. 45129

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
[Signature]
 Lisseth Ascar Escalante
 OBSTETRA
 C.P. 45129

MINISTERIO DE SALUD



Se da las 08:20 hrs. del día 09 de abril del 2025 en el servicio de Medicina A. Entiendo presente la jefa del servicio Lic. Francisca Condori Chuty, y 8 personas más (entre licenciados de enfermería y personal técnico) del servicio de Medicina. A la responsable de Autoevaluación 2025. Al grupo se les da una inducción de como es que se tiene que trabajar en este proceso y resaltando que todo el personal que trabaja en el hospital y más en este servicio debe estar todo con respecto a Autoevaluación. Se les explica macroproceso por macroproceso, se les da puntos, se les explica que hay documentos que se tiene que dar continuidad y otros realizar documentos nuevos dando cumplimiento a los puntos asignables para llegar al puntaje máximo. Firmar al pie del punto.



[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.P. 30012

[Signature]

Se da las 10:00 hrs. del mismo día en el servicio de Banco de sangre y hemoterapia con el licenciado médico German Salinas Pino responsable del servicio a quien se le entrega las fichas de los macroproceso de Autoevaluación y se le explica sobre la continuidad y documentos que se tiene que presentar en la autoevaluación para llegar al puntaje máximo. Firmar al pie del punto.

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
GERMAN SALINAS PINO
LICENCIADO EN MEDICINA
C.P. 30012

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.P. 30012



Siendo los 11:50 hr, del mismo día en el servicio de Salud Mental con la jefa de servicio Licenciada Magali Moscoso Cáceres a quien se le da a conocer las fechas de los macroprocesos para el proceso de Autoevaluación 2025, y de esta manera dar cumplimiento a cada macroproceso con continuidad a los documentos y adjuntar los faltantes para el pie del presente.



Lic. Magali Moscoso Cáceres
Especialista en Salud Mental y Psiquiatría
C.E.P. 50971 RNE 18788



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Liseth Ascar Escalante
OBSTETRA
C.E.P. 50972



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Nut. Román Amos Mamani
CNP 8374
JEFE DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



Nut. Román Amos Mamani
NUTRICIONISTA
C.N.P. 8358

Siendo los 10:53 hr del mismo día, en el servicio de Traumatología con la jefa de servicio Lic. Liget Guzmán Figueroa a quien se le da a conocer las fechas de los macroprocesos de Autoevaluación 2025 a quien se le explica el paso a paso del llamado correcto de los fechas y de este modo cumplir con todo lo solicitado. Firmamos al pie del presente siendo los 11:13 hr.

Mgt. Liget G. Guzmán Figueroa
C.E.P. 50973 RNE 18789



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Liseth Ascar Escalante
OBSTETRA
C.E.P. 50972

Siendo los 11:20 hr del día 21 de abril del presente año con la Dra Fátima Castillo jefa de consultorio interno y se le da a conocer sobre las fechas de macroprocesos de Consultorio Externo (ATA), para dar continuidad a lo solicitado. Anteriormente





Siendo las 10:00 hrs del día 22 de abril del presente año, con el Sr. José Luis Salcedo Quispe jefe de Conservación y Vigilancia a quien se le hace entrega los fichos de macroprocesos de Autoevaluación 2025 donde se le indica que se tiene que dar continuidad y hacer documentación con la documentación

José Luis Salcedo Quispe
JEFE DE CONSERVACIÓN Y VIGILANCIA

Lisseth Ascar Escalante
OBSERVADORA
CPN 30017

Siendo las 11:00 hrs del día 22 de abril, en el servicio de Imágenes con el Administrador del servicio Sr. Edgar Aguilar Luna a quien se le entrega los fichos de los macroprocesos de Autoevaluación 2025 a quien se le indica que tiene que actualizar la documentación que solicitan y de esta manera cumplir con los macroprocesos.

Edgar Aguilar Luna
ADMINISTRADOR DEL SERVICIO DE
DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Lisseth Ascar Escalante
OBSERVADORA
CPN 30017

Siendo las 09:00 hrs del día 23 abril, en la oficina del COE al Sr. Dávid Figuera Zúñiga jefe de la oficina del COE a quien se le hace entrega los fichos de los macroprocesos de Autoevaluación 2025 donde se le recuerda que se tiene que tener al día, actualizar toda la documentación solicitada para cumplir con este proceso.

Dávid Figuera Zúñiga
JEFE DE OFICINA DEL COE
CPN 30017

Lisseth Ascar Escalante
OBSERVADORA
CPN 30017

Siendo las 10:00 hrs del día 23 de abril en la secretaría de Tecnología Informática con la responsable Ing. Yulky Tarea Cco, se le hace entrega los fichos de los macroprocesos para realizar la autoevaluación 2025 y de esta manera cumplir con todo lo solicitado.

Mgtr. Ing. Yulky Tarea Cco
JEFE DEL AREA DE TECNOLOGIAS DE
LA INFORMACION Y TELECOMUNICACIONES



Siendo las 10:30 hr del 23 de abril en el servicio de Centro Quirúrgico con la jefa se hace la entrega de fichas de Autoevaluación 2025, donde se le explica, explica sobre todos los documentos que se tiene que dar continuidad, actúan luego para cumplir con todo lo solicitado y de esta manera llegar a la meta, firme el pie del presente.

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.M. 56002

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.M. 56002

Siendo las 11:00 hr del día 23 de abril en la unidad de Mantenimiento y servicios generales con el jefe Ing. José Miguel Valenzuela Valenzuela a quien se le hace entrega y explica sobre los documentos que se solicita para el proceso de Autoevaluación 2025 indicando la importancia de cumplir con lo solicitado.

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.M. 56002

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.M. 56002

Siendo las 10:00 hr del día 23 de mayo del presente año en el servicio de patología clínica con el jefe Blgo Víctor Suárez Cruz a quien se le hace entrega de fichas de autocuestionario para Autoevaluación 2025 indicando y explicando la importancia de cumplir con todo lo solicitado.

②
V. Suárez C.
d. 23.05.25

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
C.M. 56002

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

INFORME N° 009-2025-GRSC-HRC-OGC-UMC/LAE

A : Med. Katiana Huacac Cáceres
Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

DE : Obsta. Lisseth Ascue Escalante
Responsable de Acreditación

ASUNTO : ENTREGA DE FICHAS DE MACROPROCESOS DE AUTOEVALUACION 2025

FECHA : Cusco 06 de agosto de 2025

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a su vez cumpro con informar que se realizó la entrega de formatos de Macroprocesos de Autoevaluación 2025 a todos los responsables de dicho proceso y de esta manera poder dar inicio a la Pre Autoevaluación que se está iniciando desde el 01 al 29 de agosto del 2025 de acuerdo a reunión que tuvo el equipo autoevaluador.

Es cuanto informo para su conocimiento y hago propicia la ocasión para testimoniar a usted las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

Lisseth Ascue Escalante
OBSTETRA
COP 34032




Dra. Katiana Huacac Cáceres
Médico Cirujano
COP. 90877-A11473





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



LIDERES DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACION 2025

Nº	LIDERES DE GRUPO	MACROPROCESO	FIRMA
1	Med Marina Ochoa Linares	Apoyo al Dx. y Tratamiento	
		Direccionamiento	
		Gestión de Recurso Humano	
2	Med. Valmi Luna Flórez	Docencia e Investigación	
3	QF. Ellen Palacios Gonzales	Gestión ante Seguridad y Desastres	
		Gestión de la Información	
4	Lic. Nátaly Salcedo Córdova	Control de Gestión y Prestación	
		Gestión de la Calidad	
		Manejo de Riesgo Social	
5	Lic. Frida Ccollatupa Cabrera	Referencia y Contrarreferencia	
6	Med. Ylenia Morón Mendoza	Atención de Emergencia	
7	Lic. Patricia García Romero	Atención Quirúrgica	
		Hospitalización (Dpto. Gineco Obstetricia (obstetricia y ginecología), Salud Mental, Neonatología, Cirugía Ay B	
8	Obsta. Lisseth Ascue Escalante	Hospitalización (Pediatria, Neurociencias, Medicina A, B y Medicina C, Traumatología)	
		Atención Ambulatoria	
		Nutrición y Dietética	
9	Lic. Eunice Álvarez Rojas	Manejo Riesgo de la Atención	
10	Lic. Jaime Cutiré Arce	Admisión y Alta	
11	Lic. Darwin Figueroa Zúñiga	Gestión de Equipo e Infraestructura	
		Gestión de Insumo y Material	
12	Ing. Fredy Salcedo Abarca	Gestión de Medicamentos	
		Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	



Acta de Reunión Informe de Avance de la pre-Avaluación 2025 - Servicios de Hospitalización del Hospital Regional del Cusco.

Siendo las 12:00m del 22 de Julio del 2025, se encuentran reunidos en instalaciones del cuerpo médico los Jefes de departamento y los Jefes de Servicios de Hospitalización. Se encuentra presente el Director Ejecutivo del Hospital Regional del Cusco, M.C. Carlos Gamarras Valderrama y se da inicio a la reunión convocada para dar a conocer los resultados del informe de resultados de preevaluación 2025. El Dr. Carlos Gamarras indica que el objetivo es mejorar.

La responsable Gisela Lisset

antes de la evaluación se realiza una preevaluación, y se debe dar continuidad a los documentos, las observaciones se levantarán en el mes de agosto.

La totalidad de los macroprocesos:

2024 - 76%

2025 - 81% se debe legal...

Comparativo	2023	2024	2025
Maternidad 26 cubos	52 puntos	38	37 39
Medicina A 20 cubos	40 puntos	25	25 27
Medicina B 20 cubos	40 puntos	26	24 27
Medicina C 20 cubos	40 puntos	26	26
Quirujía A 20 cubos	40 puntos	29	31 20
Quirujía B 20 cubos	40 puntos		
Neonatología 20 cubos	40 puntos		
Neurociencias 20 cubos	40 puntos		
Pediatría 20 cubos	40 puntos		
Salud mental 20 cubos	40 puntos		
Troncofisiología 20 cubos	40 puntos		
REPCON 10	20 puntos		
Formación			



CGC	crubios	puntos			
CGP	crubios	puntos			
Servicio Social	crubios	puntos			
MRS Calidad	crubios	puntos			
MRS Dpb Enf.	Crubios	puntos			
Docencia e investigación	15	30 puntos			
Consultorio Externa	14	28 puntos	10	14	20
Guías de práctica clínica	(sumar 4 puntos), deben tener autas y no cuentan con R.D.				
Comite de Auditoria	(Marzo-Abril) No se implementaron las recomendaciones que se solicitan				
- Guías debe estar de acuerdo al ASINO, y las Hcl se deben trabajar de acuerdo a las guías de práctica clínica. - MAPRO de instrumentos - Observaciones: - Falta de Datos. - Guías aprobados con R.D, tienen que estar implementados en el manejo de historias clínicas					
Documentos de Implementación					
- Falta de MAPRO - Falta documentación de analisis de E.A - Informe de Seguimiento de recomendaciones de eventos adversos. - Falta manual de procedimientos de enfermería en pacientes postados					
MAPRO de administración de medicamentos.					
- Plan de intervención de enfermería y registro de procedimientos realizados - Guías de atención de enfermería y registro de procedimientos realizados. - GPC de trombosis venosa profunda TVP y tromboembolismo pulmonar					
TEP					
Se realiza el control de la asistencia de todos los profesionales responsables.					
G.P.C. se está realizando las acciones					



Las Guías de práctica clínica - están siendo exigidas en todos los servicios.
Promover, sugerir la clausura y adherencia de las Guías de práctica clínica en todos los servicios.

- Calidad, debe mejorar la puntuación, aún se encuentran documentación y revisión de la misma.

- Agilizar la documentación para las guías de práctica clínica.
Se emite documentación desde la dirección.

Se realizó un chequeo, se forme un comité en la aplicación de las GPC para la adherencia. (existe una lista de Chequeo para que se pueda utilizar en GPC y su adherencia).

La Autoevaluación se realizará en el mes de agosto y la autoevaluación final en Set.
Advertimos como estamos y que se debe mejorar.

- La Oficina de Calidad debe de realizarse una orientación a todos los servicios evaluados de manera permanente.

- En el Dept. de medicina interna ya cuenta con GPC de trabajo y se le considere el puntaje (de) al servicio de Enfermería.

- Elaboración de MAPRO: Informe de Interconsultas. (análisis-informe)

- Centro Psic. presente el MAPRO al área de planificación.

- Se debe presionar a los médicos para que realicen los MAPROS y así no disminuyan los puntajes.

- Los MAPROS deben de ser actualizados (tiempo de vigencia es de 3 años)

- MAPROS es para valorizar los procedimientos que se realizan y deben estar actualizando.

- El reto es mejorar la autoevaluación en el mes de Agosto. Suendo los

-13 por el mismo día se le por constituido la reunión:  

KELVIN LOPEZ ACOSTA
LIC. en Enfermería
CEP 08434



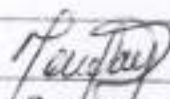
La Unidad de Medicina Psiquiátrica
CEP 50971 RNE 15788

HOSPITAL REGIONAL CUSCO

Mg. Roberto Morúa Carrasco
Médico de SERV. MEDICINA II
CEP 50971



Francisco Paredes


Eugenio Paredes



Mg. Miguel A. Paredes Ronda
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
CEP 17580 RNE 15103
REM. 1442



Tru. Cacer
6.0

EPay
Lic. Elizen la Paz Aguilar
CEP 9226

HOSPITAL REGIONAL CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
CEP 7691
Dra. Mariela Belén Martínez Abol
JEFE DE CIRUGIA "A"
CEP 7691 RNE 27824

Dr. P.
Lic. P. P. P.
CEP 20987

GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
Dra. Nair Diani Marcon Arroya
JEFE DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Se

Quipoma
CEP 38082

W. L. L.
CEP 25735

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Se
Dra. P. P. P.
CEP 25735

Lourdes Blazquez Aragón
LIC. EN ENFERMERIA
CEP 27000 RNE 26254

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Lissette Ascar Escalante
OBSTETRA
CEP 26002

**ANALISIS DE RESULTADOS DE PRE AUTOEVALUACION 2025 JEFATURAS
DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION**





Siendo las 11:00 hrs, del día 28 de octubre en el ambiente adjunto a la Dirección del Hospital Regional Cusco nos reunimos el equipo autoevaluador donde la agenda Información sobre el proceso de Autoevaluación 2025 con la presencia de 16 personas se da inicio a la reunión. Se hace la presentación en PPT todo el proceso de Autoevaluación 2025, donde también se les muestra al porcentaje que se llegó siendo este 83%. y se les informa macroprocesos por macroprocesos mostrando los servicios que llegaron a tener puntaje mínimo y cuales son las dependencias que se tiene para que se logren tener a la mano la documentación pertinente, para lo sucesivo se queda de acuerdo que se debe trabajar desde inicio de año para que tengan toda la documentación en regla y para el 2026 poder llegar al porcentaje solicitado 85% y pueda venir el autoevaluador externo para poder Acreditarse. Siendo las 12:30 hrs se da por concluida la reunión firman al pie del presente



Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



17	Lic. Julio Cesar Giraldo Gómez	
18	Lic. Rosario Bombilla Puma	
19	Lic. Jaime Alberto Cutiré Arce	
20	Dra. Alexandra Delgado Oficina de Seguros	
21	Lic. Dolores Flores UFGC	
22		
23		
24		





Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia Regional
de Salud

Hospital Regional del
Cusco

Oficina de Gestión de
la Calidad



ASISTENCIA

RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION 2025 (20/10/2025)

Nº	CITADOS	FIRMA
1	C.P.C Danilo Palomino Fernández Director Administrativo	
2	Med. Katiana Huacac Cáceres Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad	
3	Med. Marina Ochoa Linares	
4	Med. Valmi Luna Flores	
5	Med. Ylenia Morón Mendoza	
6	CD. Kely Nina Abril	
7	QF. Ellen Palacios Gonzales	
8	QF. Edison Sánchez Quintana	
9	Obsta. Gladys Montes Paredes	
10	Obsta. Lisbeth Ascue Escalante	
11	Lic. Eunice Álvarez Rojas	
12	Lic. Patricia García Romero	
13	Lic. Ruth Nátaly Salcedo Córdova	
14	Lic. Frida Ccollatupa Cabrera	
15	Lic. Darwin Figueroa Zúñiga	
16	Ing. Fredy Salcedo Abarca	



LOGRO ESPERADO
Acción 2 (criterio 2)

FASE AUTOEVALUACIÓN 2025 - PAES
DIRESA/GERESA/DIRIS/SANIDAD/ESSALUD: GERESA - CUSCO

N° TOTAL DIRIS	N° ORD EN	DENOMINACIÓN DE LA IPRES	CATEGORIA	RED	MICRORED	FECHA DE INICIO DE AUTOEVALUACIÓN	FECHA DE TERMINO DE AUTOEVALUACIÓN	PUNTAJE OBTENIDO	DOCUMENTOS SUSTENTO (Indicar fecha de entrega)			
									RD. Equipo Acreditación y Evaluación Interna	RD. Aprobación del Plan de Autoevaluación-PAES	Documento de Comunicación de Inicio de Autoevaluación/ Evaluación Interna	Documento del Informe Final de Autoevaluación/ Evaluación Interna
1	1	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	III-1	N/A	N/A	08/09/2025	24/10/2025	83,15%	RD Nº 107-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH EQUIPO DE ACREDITACION 2025 06/02/2025 RD Nº 110-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH EQUIPO DE AUTOEVALUACION N 2025 06/02/2025	RD Nº 300-2025-GORE-CUSCO-GRSC-HRC/UGRH RD PLAN N PARA LA ACREDITACION 2025 14/04/2025	INFORME Nº 453-2025-GR-GERESA/HRC-DE INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE APOYO DE CUSCO: De fecha 22 de agosto del 2025	INFORME Nº 746-2025-GR-GERESA/HRC-DE INFORME TECNICO FINAL DE AUTOEVALUACION 2025, HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO De fecha 28 de noviembre 2025

Acción (Criterio 4)

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE AUTOEVALUACION 2025

	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	AVANCE 2025	LOGRO ESPERADO A DICIEMBRE
CRITERIO 1 (20%)	6.66%	RD DE EQUIPO DE ACREDITACION Y EQUIPO DE AUTOEVALUADORES	CUMPLIDO
	6.66%	PLAN DE AUTOEVALUACION 2025	CUMPLIDO
CRITERIO 2	6.66%	DOCUMENTO DE INICIO DE AUTOEVALUACION 2025	CUMPLIDO
CRITERIO 3 (50%)	50%	INFORME TECNICO FINAL DE AUTOEVALUACION 2025 (noviembre)	CUMPLIDO
CRITERIO 4 (20%)	20%	INCREMENTO MINIMO DE 5% RESPECTO AL AÑO ANTERIOR (75%)	CUMPLIDO
CRITERIO 5 (10%)	10%	INFORME TECNICO APROBADO DE AUTOEVALUACION CON PORCENTAJE MAYOR A 85%	



Acción 5 (criterio 5)

Establecimiento :
Tipo de Establecimiento :
Fase:
Año:
Período :

00002269-HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO

III-1

AutoEvaluación

2025

1

MACROPROCESO										CATEGORÍAS	
Macroprocesos	Criterios eval	Nro total criterios				Puntaje Obtenido o x Macro procesos	Puntaje Max. x categoría	Cumplimiento x Macro procesos	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoría	%
		E	P	R	T						
Direccionamiento	11	6	4	1	11	54.72	53.11	97.06			
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	41.04	36.21	88.24			
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	47.88	47.88	100.00			
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	47.88	39.46	82.42			
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13.68	9.77	71.43			
Control de la gestión y prestación	15	6	9	1	15	34.20	30.91	90.36			
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	47.88	38.30	80.00			
Atención extramural	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00			
Atención de hospitalización	26	5	14	7	26	47.88	31.92	66.67			
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	47.88	44.10	92.11			
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	47.88	38.71	80.85			
Docencia e Investigación	15	9	6	0	15	34.20	28.50	83.33			
Apoyo diagnóstico y terapéutico	11	1	9	1	11	17.10	17.10	100.00			
Admisión y alta	16	3	7	6	16	17.10	15.63	91.43			
Referencia y contrareferencia	10	6	1	3	10	17.10	17.10	100.00			
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	17.10	13.81	80.77			
Gestión de la información	14	6	7	1	14	17.10	11.15	65.22			
Descontaminación, Limpieza,	17	7	8	2	17	17.10	9.73	56.90			
Desinfección y Esterilización	6	2	3	1	6	17.10	17.10	100.00			
Manejo del riesgo social	10	4	5	1	10	17.10	15.09	88.24			
Nutrición y dietética	8	4	3	1	8	17.10	4.60	26.92			
Gestión de insumos y materiales	12	7	5	0	12	17.10	10.06	58.82			
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	17.10	10.06	58.82			
Total	342	134	167	41	342	636.12	530.26		636.12	83	

RESULTADO FINAL

NO aprobado - Subsanan en 6 meses
(70%-84%)

Calificaciones :

NO aprobado. Reiniciar desde Autoeval. (< 50%)
NO aprobado - Subsanan en 3 meses (50%-69%)
NO aprobado - Subsanan en 6 meses (70%-84%)
Aprobado (85% o más)

