

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Kimbiri, 06 de diciembre de 2024

OFICIO N° 01292 - 2024-GR CUSCO/GRSC/UE 406-RSSCUSCOVRAEM-DIR.

Señor:  
M.C. ERNESTO CHOQUEHUAYTA MORALES  
Gerente Regional de Salud Cusco

CON ATENCION: Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria

ASUNTO : INFORME TÉCNICO FINAL DE AUTOEVALUACIÓN 2024-HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

REFERENCIA : INFORME N°1337-2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/WWSG-DIR.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez poner en su conocimiento el Informe Técnico Final de Autoevaluación 2024, del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, el mismo que se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica (DRIVE).

<https://drive.google.com/drive/folders/13MiWUXMflhw-48Q7ZOn4bJ8Gz Vbzd3>

Hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
M.C. GUILMO GRACIA ALENCASTRE  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.M.P. 18839  
DNI 24705981

REGION CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VRAEM  
10 DIC 2024  
Folio: 18152  
Hora:

Se adjunta: Documento de la referencia, en 02 folios.

Cc:  
Archivo  
Jcan/GGA

JR. INTY RAYMI S/N - SECTOR BUENOS AIRES - KIMBIRI

Celular: 963545657

Email: redsalud.kimbiripichari@gmail.com



Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Red de Servicios de Salud Cusco

Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**INFORME N° 68- 2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM-/UGCS/AJR**

**A : MC.PED.WILMAN SALCEDO GARAYAR**  
**Directora Del Hospital San Juan De Kimbiri-Vraem**

**DE : Lic.Enf. AYDA JUÁREZ LA ROSA**  
**RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA HSJK VRAEM**

**ASUNTO : INFORME DE RESULTADOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2024**  
**CON ATENCION: RESPONSABLE DE CALIDAD DE LA RED DE SALUD CUSCO VRAEM**

**FECHA : Kimbiri, de 02 Diciembre del 2024**



Mediante el presente es grato dirigirme a su despacho con la finalidad de saludarlo y remitirle el informe de resultados referente al proceso de AUTOEVALUACIÓN INTERNA, para la acreditación del establecimiento de salud que se desarrolló en el presente año fiscal 2024 realizado por el equipo de evaluadores internos del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, así mismo remito el informe para su envío respectivo ya que existe plazos establecidos.

Adjunto:

- Informe técnico del proceso de autoevaluación para la acreditación 2024

La información se encuentra en el DRIVE

[https://drive.google.com/drive/folders/13MiWUXMfhw-48Q7ZOn4bJ8Gz\\_vBZD3aK](https://drive.google.com/drive/folders/13MiWUXMfhw-48Q7ZOn4bJ8Gz_vBZD3aK)

Es todo cuanto informo para su conocimiento y demás fines convenientes

Atentamente



HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
*Ayda Juárez La Rosa*  
INPERMEBA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
CEP 34380 RNE. 17303





GOBIERNO REGIONAL  
CUSCO

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional  
de Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco

Hospital San Juan de  
Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**UNIDAD EJECUTORA 406. RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM**

**HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI – VRAEM**



## **INFORME TECNICO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACION 2024**



**MC. WILMAN SALCEDO GARAYAR  
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI – VRAEM**

**LIC. ENF. AYDA JUÁREZ LA ROSA  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION Y CALIDAD SANITARIAHSJKVRAEM**

**OBST.PATRICIA MEDINA LLONTOP  
COORDINADOR DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN**

**KIMBIRI 2024**





REPUBLICA DEL PERU  
CUSCO

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional  
de Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco

Hospital San Juan de  
Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## INFORME TECNICO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM 2024

### I. RESUMEN

El proceso de Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, en nuestro país es de carácter obligatorio, cuyo propósito es tener conocimiento del cumplimiento de implementación de los atributos de calidad en la provisión de servicios de salud, la coyuntura sanitaria actual nos obliga a priorizar los procesos, focalizando en el sector público de salud de los gobiernos regionales en especial la región Cusco para dicho efecto el Hospital San Juan De Kimbiri VRAEM de Categoría II-1 se cumplió con realizar el proceso de Autoevaluación con la documentación correspondiente y según el listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud II-1 Y SERVICIOS DE APOYO el cual recién el año 2024 se realiza la evaluación debido a que los años anteriores no se realizó por la categoría que tenía un II-E.

Para el año fiscal 2024, el Hospital SAN Juan de Kimbiri VRAEM, se ha identificado los diferentes servicios y responsables de los diferentes macro procesos para cumplir con el proceso de auto evaluación.

El cumplimiento de estándares del Nivel II de atención del ámbito del Gobierno Regional Cusco de la IPRESS San Juan de Kimbiri VRAEM se obtuvo como resultado el 56% para el año 2024.

Se identificó 22 Macroprocesos para el segundo nivel de atención de los cuales se evaluaron 20 macroprocesos con sus respectivos estándares y criterios que están comprendidos en tres categorías los cuales son de APOYO, GERENCIA Y PRESTACION.





Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional  
de Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco

Hospital San Juan de  
Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## II. PRESENTACION

La Autoevaluación, es un proceso de reflexión sistemático el cual es una modalidad de evaluación integral, considerando desde la planta física, el equipamiento, hasta el resultado final obtenido y el grado de satisfacción del usuario, teniendo periodicidad fija, con normas que remiten a un nivel intermedio entre un óptimo conocido accesible, real y un mínimo aceptable de requerimientos de acuerdo a parámetros de referencia en el lugar donde actúa la institución con el propósito de que se puedan emitir juicios, que fundamentalmente lleven a la toma de decisiones para que se consoliden las fortalezas que se identifiquen los errores ubicados, de esta forma la institución se retroalimenta para conseguir un mejoramiento en la calidad de atención de los servicios.

El Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM consciente de su responsabilidad como institución de brindar servicios de Calidad enmarcados por las disposiciones del MINSA y en ejercicio pleno de su Autonomía, reconoce la importancia de ser parte del proceso que nos llevara a la Acreditación, realizando la primera fase que es la Autoevaluación interna

La acreditación es un mecanismo de evaluación de la Calidad de los servicios de Salud, y que va dirigida a comprobar que una entidad prestadora cumple con estándares que brindan seguridad en la atención en Salud y que generan ciclos de mejoramiento continuo.

En base a las orientaciones establecidas en la guía técnica, las sugerencias recibidas de las instancias técnicas, se trabajó con el Equipo de Autoevaluación para el desarrollo de las actividades y aplicación de los instrumentos comprendidos para esta finalidad, que contempla tanto la estructura, como el funcionamiento, considerando, pautas sobre el trabajo realizado y sus resultados, estableciéndose como un proceso dinámico y que califica la totalidad del establecimiento y el resultado es ser o no acreditado, lo que constituye una garantía de confiabilidad, el resultado o producto final es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares, así como de mejorar la calidad de nuestros servicios, basados en el conocimiento, la importancia del factor humano y fortaleciendo sus capacidades en forma continua.



La secuencia de este documento, atiende tanto a la normativa de Acreditación de establecimiento de salud y Servicios Médico de Apoyo y la R.M. N° 270-2009/MINSA que aprueba la Guía técnica del Evaluador para la acreditación de los establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo que señala la obligación de informar sobre las actividades realizadas y la situación institucional encontrada plasmada en el presente Informe Técnico que señala la metodología, observaciones, puntaje alcanzado y las recomendaciones planteadas a las diversas instancias evaluadas y anexos correspondientes.

El Hospital San Juan de Kimbiri de CATEGORÍA II-1, CUMPLIÓ con lo programado de veinte macro procesos agrupados en proceso y criterio basado en la Lista de Estándares previamente definido en la norma técnica N° 050-MINSA/DGSP.V.02 de Acreditación.

El resultado final es evidenciar el nivel de cumplimiento de los estándares con el fin de mejorar la eficiencia en la prestación de servicios especializados de salud en los diferentes UPSS con la finalidad de mejorar la calidad de atención.

Recién el 2024 se inicia el proceso de autoevaluación para la IPRESS San Juan de Kimbiri VRAEM el cual recién fue recategorizado a un Nivel II-1 .





Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional  
de Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco

Hospital San Juan de  
Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

### III. FINALIDAD

Contribuir con la provisión de los servicios de salud cumpliendo los estándares y atributos de calidad a los usuarios del ámbito del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM.

### IV. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, procesos, estándares y criterios establecidos en la norma Técnica de Acreditación de los servicios de salud que brinda nuestra institución por medio de la verificación de procesos de las atenciones, aplicados a las diferentes Unidades, servicios asistenciales y administrativos del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM. para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

### V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Mejorar las capacidades del personal asistencial y administrativo.
- Promover una atención de Calidad a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación con los instrumentos de Calidad que se otorgan con el compromiso a orientar y mejorar la satisfacción de los usuarios
- Contribuir a garantizar a los usuarios y al Hospital que cuenten con capacidades para brindar prestaciones de Calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos
- Promover el uso de instrumentos y metodologías para el proceso de autoevaluación en el marco de acreditación del establecimiento de salud
- Conocer el grado de cumplimiento de los 20 Macroprocesos evaluados en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM.

### VI. ALCANCE

El proceso de Autoevaluación tiene alcance a todos los servicios y unidades que conforman el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM de categoría II-1 son evaluados según los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo que se desarrollan en la IPRESS.

### VII. NORMAS:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
- D.S. N° 021-2022-SA, que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"



- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
- R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- R.M. N°. 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"
- R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de los servicios de Salud"

### VIII. METODOLOGIA DE EVALUACION:

La autoevaluación fue llevada a cabo siguiendo los pasos recomendados en la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02, tomando en cuenta el marco normativo, la metodología desarrollada comprendió:

- Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación del HSKJ VRAEM aprobado con R.D.N°172-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM
- Se realizó primeramente la comunicación respectiva de inicio de la autoevaluación a las instancias correspondientes con el Informe N° 004-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM y el Informe N°. 005-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM.
- Conformación el Comité de Acreditación aprobado con R.D.N° 050-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM, seguido del desarrollo de la capacitación seleccionándose a los profesionales que participaron en el curso de Acreditación desarrollado por la GERESA que fue virtual y presencial para el cual se seleccionó como evaluadores internos participantes del proceso de Acreditación 2024, aprobado
- El Equipo de Autoevaluación interna mediante R.D. N°050-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM. Con la entrega del Reglamento Interno del Comité de autoevaluación en el proceso de Acreditación, asimismo, se hizo entrega de los instrumentos de los 22 macroprocesos. a los diferentes grupos que se conformó.
- Socialización del Plan de Autoevaluación
- Se efectuó la Sensibilización a todos los servicios de Hospitalización, Emergencia y consultorios externos previa coordinaciones e informes, asimismo, se entregó a cada servicio y/o unidades la lista de estándares para su conocimiento de la autoevaluación.
- Para elaborar el presente informe, se llevó a cabo una serie de pasos previos, es decir, la presentación y difusión del Listado de Estándares a los Jefes de los diferentes servicios a evaluar y los evaluadores internos cumplieron con revisar los estándares y criterios, así como el marco normativo correspondiente y el anexo N° 8 actualizado de dicho Listado de Estándares.
- La reunión de apertura se dio con el Comité de Acreditación y de Gestión, donde se presentó la Lista de los evaluadores internos además de la presentación de los objetivos de la autoevaluación y el cronograma detallado de visitas con los responsables y líderes según cada macroproceso.
- El equipo evaluador informa sobre las Técnicas de Evaluación. Siendo la verificación, revisión de documentos, observación, entrevista, muestras y encuestas.





## IX. EQUIPO EVALUADOR

Se tomó en cuenta la experiencia y a los participantes que desarrollaron el curso de Acreditación y autoevaluación los cuales fueron seleccionados a un grupo de multidisciplinarios según perfil requerido conformándose equipos y grupos

Se emite el documento previo, dirigido a la Gerencia Regional de Salud Cusco, indicando el Inicio de la Autoevaluación para la Acreditación del Hospital San Juan De Kimbiri VRAEM, programado para el mes de Setiembre y octubre 2024.

Cada Equipo realizo la aplicación de la Autoevaluación por Macroproceso en los diferentes servicios, previa coordinación con los jefes de servicios.

Las áreas evaluadas fueron consideradas de acuerdo a las tres categorías.

**GERENCIAL:** Involucradas los Macroprocesos de Direccionamiento. Gestión de Recursos Humanos, Control de la Gestión y Prestación, Manejo del Riesgo de Atención, Gestión de Seguridad Ante Desastres y Gestión de la Calidad.

**PRESTACIONAL:** Los macroprocesos de Atención Quirúrgica, Atención de Emergencia, Atención Hospitalaria, y Atención Ambulatoria.

**APOYO AL DIAGNOSTICO:** Los macroprocesos de Atención del apoyo al diagnóstico y tratamiento, Gestión de la Información, Descontaminación, Limpieza, Desinfección y esterilización, Gestión de equipos e infraestructura. Admisión y alta, manejo de Nutrición de pacientes, Referencia y contra referencia, gestión de medicamentos, manejo del Riesgo Social.

A la finalización, las auto evaluadores internos presentaron el informe de Registro para cada macroproceso con las recomendaciones precisas para la intervención de las acciones y proyectos de Mejora.

### 9.1.- EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS DEL HSK VRAEM 2024

| RESPONSABLE LIDER DE GRUPO                                      | MACROPROCESOS                       | RESPONSABLES   | RESPONSABLES/ EVALUADOS   |
|---|-------------------------------------|--|---|
| Lic. Constantino Yaranga Loayza y Obs. Marisol Gamboa Vila      | DIRECCIONAMIENTO                    | Lic. Constantino Yaranga Mendoza, Obsta Marisol Gamboa Vila                            | Dirección y Equipo de Gestión   |
|   | GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS         | Med. Paolo Ancca Payé, Nut. Zoila Buztamante Bazán                                     | Resp. Recurso Humano Abogado Mauro  |
|   | GESTION DE LA CALIDAD               | Obsta Katherine Gómez Rodríguez, Med. Luz Villacorta                                   | Resp Gestión y Calidad Sanitaria  |
|   | MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN    | Blga. Yola Pozo H, Lic. Nataly Meza Flores   | Epidemiología, Calidad, Banco de Sangre, Centro Quirúrgico, Materno, Laboratorio, |
| Lic. Yanet Marcelo Llactahuaman, Obsta Lizbeth Flores Contreras | GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES | Obsta Marisol Gamboa Vila, Lic. Constantino Yaranga Loayza                             | Responsable de Emergencias y Desastres  |
|   | CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN  | Med. Raquel Salcedo Ticona, Lic. Yuli Mendoza Choquehuayta, Obsta Emilly Lizana Solier | Unidad de Gestión de Calidad Sanitaria, comité Auditoría, Dirección, Programas    |







"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | ATENCIÓN AMBULATORIA                           | Med.Marvin Gavilán Rojas, Lic. Rosa Noa Torres  | UPSS . Consultorio Externo<br>Equipo Multidisciplinario             |
|  | ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN                    | Lic. Yanet Marcelo Llacta Huamán.<br>Obsta. Lissette Montañez Norabuena   | UPSS de Hospitalización<br>Equipo Multidisciplinario                |
|  | ATENCIÓN DE EMERGENCIAS                        | Med.Raquel Salcedo Ticona, Obsta Ketti Gutiérrez Rondan   | UPSS DE Emergencias<br>Equipo Multidisciplinario                    |
|  | ATENCIÓN QUIRÚRGICA                            | Med. Marvin Gavilán Rojas,<br>Med.Raquel Salcedo Ticona,<br>Obsta Lizbeth Flores Contreras<br>,Lic.Yanet Marcelo Llactahuaman | Resp.Centro Quirúrgico Lic.<br>Enfermería, Anestesiólogo,<br>Medico |
| Lic. Frinee Rojas Badajos, Obsta Yenny Flores Mariño | ATENCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO | Lic. Frine, Blga Elizabeth Gutiérrez Fernández  | Patología clínica   |
|  | ADMISIÓN Y ALTA                                | Lic. Helen Bautista Espinoza,<br>Obsta Yenny Flores Mariño  | Resp. Admisión  |
|  | REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA                 | Obsta Patricia Medina Llontop,<br>Obsta Silvia Mendoza Romero   | Responsable de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias        |
|  | GESTIÓN DE MEDICAMENTOS                        | Med. Sabina Dpas Torres,<br>Obsta Celia Altamirano Pahuara  | Resp. Farmacia  |
|  | GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN                      | Lic. Ayda Juárez La Rosa<br>,Lic. Yanet Guillen Miranda   | Dirección<br>Unidad de informática y Estadística                    |
| MC.Pedro .Valentín Tovar, Obsta Teddy López Taype    | DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN       | Tec.Yover Mendoza,<br>Q.f.Pablo Linares Mota  | Res. Central Esterilización,<br>Saneamiento Básico, Calidad         |
|  | MANEJO DEL RIESGO SOCIAL                       | Lic.Fiorella Castillo Tinoco<br>,Obsta Yimi Arango Cervantes,<br>Lic. Nataly Meza Flores                                      | Servicio de Psicología,<br>servicio Social                          |
|  | NUTRICIÓN Y DIETETICA                          | Lic. Yesica, Med. Juan Valentin Tovar   | Servicio de Nutrición y Dietética                                   |
|  | GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES                | Obsta Teddy Lopez Taype,Lic.Fiorella Castillo Tinoco  | Patrimonios, Dirección y jefaturas de servicios                     |
|  | GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA.          | Qco.Pablo Linares Mota,<br>Obsta Illari Márquez CCapchi<br>,Med. Pedro Valentin Tovar   | Dirección Y Jefaturas de servicios                                  |



"Decenio de la igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

El Comité de Acreditación HSIK VRAEM 2024 está conformado por:

| CARGO       | APELLIDOS Y NOMBRES               | PROFESION              |
|-------------|-----------------------------------|------------------------|
| COORDINADOR | JUAREZ LA ROSA, Ayda              | LIC.ENFERMERIA         |
| PRESIDENTE  | MEDINA LLONTOP, Eva Patricia      | OBSTETRA               |
| SECRETARIA  | BAUTISTA ESPINOZA Helen Geraldina | ENFERMERA ESPECIALISTA |
| INTEGRANTE  | SALCEDO TICONA, Raquel Esthefany  | MÉDICO CIRUJANO        |
| INTEGRANTE  | YARANGA LOAYZA, Constantino       | ENFERMERO ESPECIALISTA |
| INTEGRANTE  | VILLACORTA PONCE, Luz Angélica    | MÉDICO CIRUJANO        |
| INTEGRANTE  | SALCEDO GARAYAR, Wilman           | PEDIATRA               |
| INTEGRANTE  | BUSTAMANTE BAZAN Zoila            | NUTRICIONISTA          |
| INTEGRANTE  | HUALLPA LAROTA , Ana Maritza      | MÉDICO CIRUJANO        |

Aprobado Mediante Resolución Directoral R.D.N°050-2024-GRCUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

#### X. RECURSOS E INSTRUMENTOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados
- Norma Técnica N° 050 MINSA/DGSP-SP-VOL 2 Norma Técnica Para la Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Listado de estándares de ACREDITACIÓN categoría II-1
- Guías de evaluadores para la acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo.
- Hoja de registro de datos para la evaluación
- Aplicativo informático para el registro y procedimiento de resultados

#### XI. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUTOEVALUACION 2023.

Durante el proceso de desarrollo del proceso de autoevaluación se evaluaron todos los estándares y criterios del proceso de autoevaluación, se realizaron de acuerdo a los ítems y pasos señalados en la Guía Técnica del Evaluador y secuencialmente la misma que facilitó el trabajo el cual es un instrumento esencial para la realización de la autoevaluación debe señalarse que Guía es como su nombre lo dice un medio que facilita el trabajo siendo entonces dicho documento un instrumento y no el objetivo en sí mismo, motivo por el cual fue necesario que el equipo técnico de la oficina de Calidad sea la instancia que realizó las actividades preliminares, lo cual incluyó la propuesta inicial, discusión del Plan en sus aspectos generales y elaboración del presente informe, sin embargo el Equipo de Evaluadores internos tuvo una amplia y decidida participación en el cronograma detallado de visitas y responsables de Macroprocesos a ser evaluados.



## XII. OBSERVACIONES

- Limitaciones referidas a la organización, ejecución y desarrollo de la autoevaluación:
- Los integrantes del equipo de evaluadores internos tuvieron cierta dificultad para el uso de su tiempo, debido a sus turnos rotativos y para efectos de justificación ante su jefatura inmediata y coordinación con la oficina de Recursos Humanos.
- Los responsables para ser evaluados no se encontraban en el establecimiento el cual perjudicó y prolongó los tiempos para la autoevaluación
- El proceso de autoevaluación fue abordado como una tarea temporal, en que el equipo de evaluadores internos tuvo participación limitada en el mes de la ejecución de campo, las cuales fueron guiadas por los líderes de grupo, sin embargo, la actividad complementaria de informe tuvo mayor dedicación por el equipo técnico de la oficina de Calidad en la revisión, consolidación de datos.
- En los macroprocesos de categoría prestacional no existe una cultura de planificación adecuada en algunos servicios, los cuales no cuentan con la implementación de normas y procedimientos para aspectos críticos, y existe desconocimiento de algunos trabajadores sobre las normativas que deben contar en los servicios. Como, manejo de los lineamientos de la vigilancia epidemiología, de tiempos de internamiento y auditorias.
- Los servicios no cuentan con Guías de Práctica Clínica para las diez patologías mas frecuentes.
- Se encontró en todos los servicios practicas orientadas al usuario como la disponibilidad de Buzones de Sugerencias y el libro de Reclamaciones disponibles en el servicio de Hospitalización y emergencia, Consultorio externo, cumplimiento de horarios específicos de información al usuario y familiares, la realización de encuestas periódicas de satisfacción, las cuales se miden el grado de satisfacción con el trato, la información, la oportunidad dela atención y la confianza del usuario en el servicio.
- En los servicios las evidencias de las supervisiones y monitoreo son utilizados para la formulación y aplicación de acciones de mejoramiento continua, sin embargo, no hay evidencias documentarias de estas acciones.
- Todos los servicios deben sostener procesos de evaluación de la calidad de la atención en espacios de reflexión de la práctica diaria según periodos preestablecidos por la organización. Adicionalmente, se han realizado supervisiones de Lavado de manos según métodos y frecuencias establecidos por la organización, preocupa, aunque los resultados de la práctica y técnica correcta del lavado de manos del personal asistencial están comprendidos entre 70% instaurando la continuidad de la práctica correcta de las normas de bioseguridad y el lavado de manos según las normas.
- Es necesario realizar asistencias técnicas y capacitaciones permanentes en aspectos gerenciales, prestacionales y de apoyo a los Jefes de cada servicio y/o unidades, quienes deben brindar todas las facilidades para cumplir con sus funciones en los tiempos establecidos los equipos evaluadores internos

## XIII. PUNTAJE ALCANZADO

Al haberse concluido la evaluación del desarrollo de los 328 criterios de la autoevaluación, la cual fue ingresado los datos a un aplicativo para conocer los resultados obtenidos. El puntaje total alcanzado es de 56% cuyos detalles se aprecian en el cuadro siguiente:



"Decenio de la igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

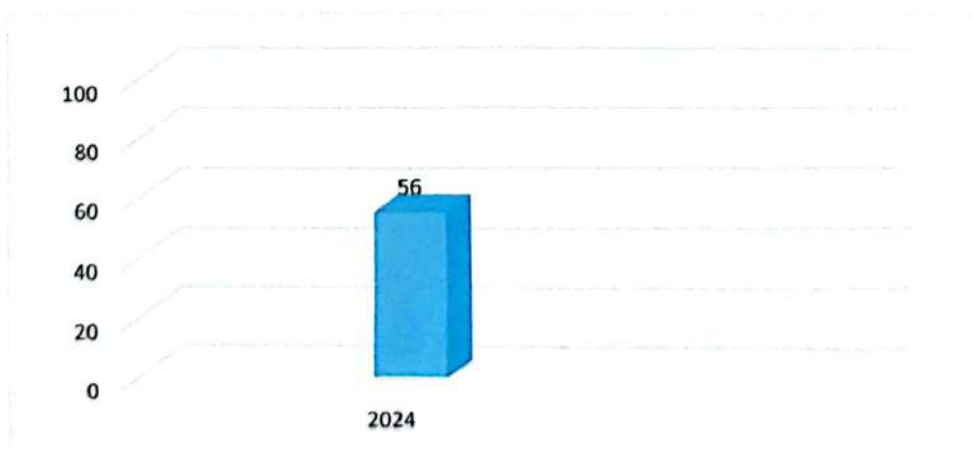
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

### 13.1. PUNTAJE ALCANZADO EN LA EVALUACIÓN DE MACROPROCESOS DE LA AUTOEVALUACION

| Establecimiento :   |                | 00002469-SAN JUAN DE KIMBIRI-VRAEM |            |           |   |            |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |
|---|----------------|------------------------------------|------------|-----------|---|------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Tipo de Establecimiento :                                 |                | II-1                               |            |           |   |            |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |
| Fase:   |                | AutoEvaluación                     |            |           |   |            |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |
| Año:  |                | 2024                               |            |           |   |            |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |
| Periodo :   |                | 1                                  |            |           |   |            | MACROPROCESO                     |                                  |                              | CATEGORIAS              |                              |                          |
|   |                | Hro total criterios                |            |           |   |            | Puntaje Máximo por Macro proceso | Puntaje Obtenido x Macro proceso | Cumplimiento x Macro proceso | Puntaje Max x categoría | Puntaje Obtenido x Categoría | Cumplimiento x categoría |
| Macroprocesos   | Criterios eval | E                                  | P          | R         | T | Total      | Total                            | %                                | Total                        | Total                   | %                            |                          |
| Direccionamiento  | 11             | 6                                  | 4          | 1         |   | 11         | 52.48                            | 21.61                            | 41.18                        | 202.05                  | 103.45                       | 51.20                    |
| Gestión de recursos humanos                               | 11             | 5                                  | 6          | 0         |   | 11         | 39.36                            | 15.05                            | 38.24                        |                         |                              |                          |
| Gestión de la calidad                                     | 22             | 10                                 | 5          | 7         |   | 22         | 45.92                            | 27.44                            | 59.76                        |                         |                              |                          |
| Manejo del riesgo de atención                             | 50             | 10                                 | 39         | 1         |   | 50         | 45.92                            | 24.22                            | 52.75                        |                         |                              |                          |
| Gestión de seguridad ante desastres                       | 21             | 14                                 | 7          | 0         |   | 21         | 13.12                            | 10.31                            | 78.57                        |                         |                              |                          |
| Control de la gestión y prestación                        | 15             | 5                                  | 9          | 1         |   | 15         | 32.80                            | 18.92                            | 57.69                        | 230.91                  | 153.97                       | 68.68                    |
| Atención ambulatoria                                      | 14             | 8                                  | 6          | 0         |   | 14         | 45.92                            | 27.55                            | 60.00                        |                         |                              |                          |
| Atención extramural                                       | 0              | 0                                  | 0          | 0         |   | 0          | 0.00                             | 0.00                             | 0.00                         |                         |                              |                          |
| Atención de hospitalización                               | 24             | 5                                  | 12         | 7         |   | 24         | 45.92                            | 29.85                            | 65.00                        |                         |                              |                          |
| Atención de emergencias                                   | 14             | 11                                 | 1          | 2         |   | 14         | 45.92                            | 36.25                            | 78.95                        |                         |                              |                          |
| Atención quirúrgica                                       | 24             | 7                                  | 11         | 6         |   | 24         | 45.92                            | 28.82                            | 62.77                        |                         |                              |                          |
| Docencia e Investigación                                  | 0              | 0                                  | 0          | 0         |   | 0          | 0.00                             | 0.00                             | 0.00                         |                         |                              |                          |
| Apoyo diagnóstico y terapéutico                           | 11             | 1                                  | 9          | 1         |   | 11         | 16.40                            | 8.57                             | 52.27                        |                         |                              |                          |
| Admisión y alta   | 16             | 3                                  | 7          | 6         |   | 16         | 16.40                            | 7.26                             | 44.29                        |                         |                              |                          |
| Referencia y contrarreferencia                            | 13             | 9                                  | 1          | 3         |   | 13         | 16.40                            | 13.53                            | 82.50                        |                         |                              |                          |
| Gestión de medicamentos                                   | 15             | 4                                  | 11         | 0         |   | 15         | 16.40                            | 12.62                            | 76.92                        | 144.32                  | 65.11                        | 45.12                    |
| Gestión de la información                                 | 14             | 6                                  | 7          | 1         |   | 14         | 16.40                            | 6.77                             | 41.30                        |                         |                              |                          |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización | 17             | 7                                  | 8          | 2         |   | 17         | 16.40                            | 9.90                             | 60.34                        |                         |                              |                          |
| Manejo del riesgo social                                  | 6              | 2                                  | 3          | 1         |   | 6          | 16.40                            | 2.98                             | 18.18                        |                         |                              |                          |
| Nutrición y dietética                                     | 10             | 4                                  | 5          | 1         |   | 10         | 16.40                            | 6.75                             | 41.18                        |                         |                              |                          |
| Gestión de insumos y materiales                           | 8              | 4                                  | 3          | 1         |   | 8          | 16.40                            | 1.26                             | 7.69                         |                         |                              |                          |
| Gestión de equipos e infraestructura                      | 12             | 7                                  | 5          | 0         |   | 12         | 16.40                            | 4.34                             | 26.47                        |                         |                              |                          |
| <b>Total</b>  | <b>328</b>     | <b>128</b>                         | <b>159</b> | <b>41</b> |   | <b>328</b> | <b>577.28</b>                    | <b>314.02</b>                    |                              | <b>577.28</b>           | <b>322.53</b>                |                          |
|   |                |                                    |            |           |   |            |                                  |                                  | <b>Puntaje Final (x)</b>     | <b>56</b>               |                              |                          |

### 13.2 RESULTADO TOTAL DE AUTOEVALUACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM 2024

GRAFICO N° 01 Porcentaje de resultado obtenido de Autoevaluación 2024



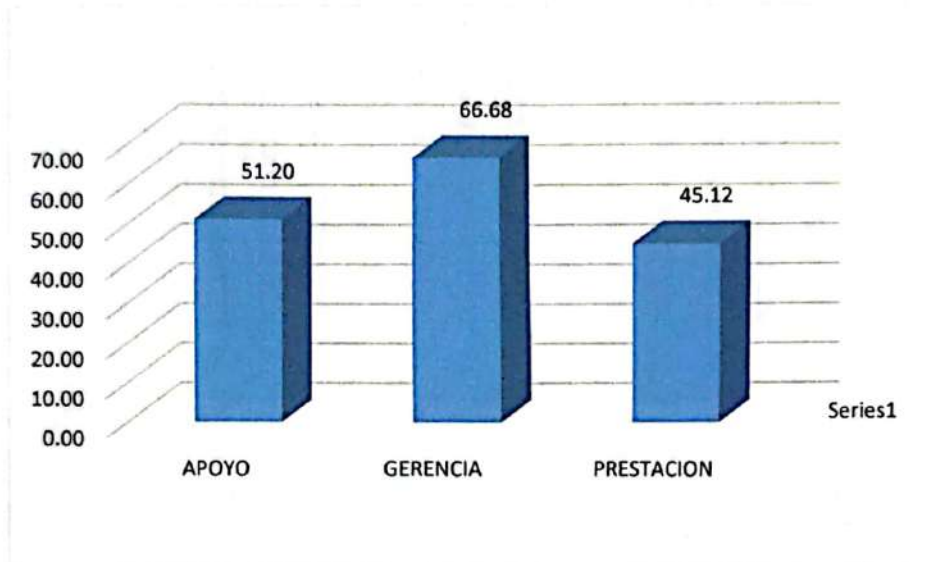
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

En el Gráfico N° 01 se evidencia para el año 2024 se obtuvo como resultado en la autoevaluación del total de Macroprocesos llegando a un 56 %, no se realizó comparativo con otros años debido a que no se realizaron debido a la categoría que se tenía

### 13.3 RESULTADO DE ESTANDARES POR CATEGORIAS AUTOEVALUACIÓN HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM 2024

**GRAFICO N° 02: Resultado de estándares por Categorías HSJK VRAEM2024**

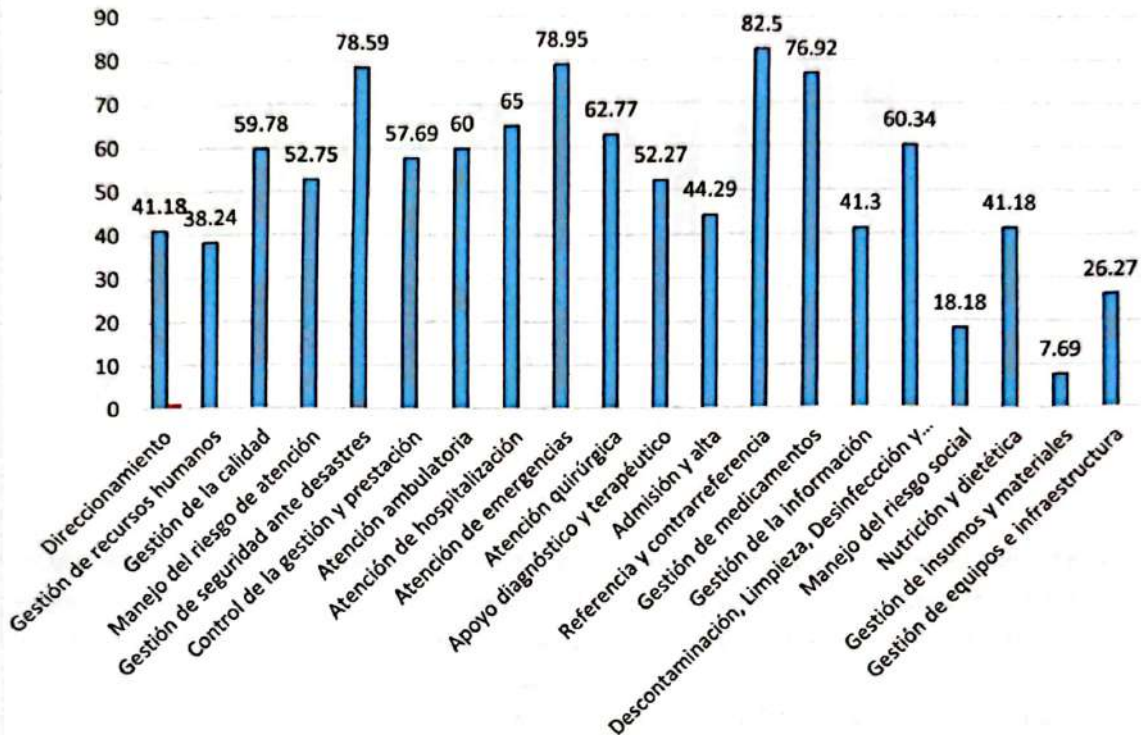


En el gráfico N° 02 se evidencia que el Hospital San Juan DE Kimbiri VRAEM en la categoría APOYO se ha logrado un 51.20% en el cumplimiento de la evaluación de los diferentes estándares y criterios , en la categoría GERENCIAL se obtuvo un 66.68% el cual es mayor porcentaje obtenido y en la Categoría de PRESTACIÓN se Obtuvo un 45.12% el cual es el menor porcentaje obtenido para el cual se planteará acciones y proyectos de mejora.

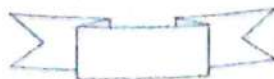


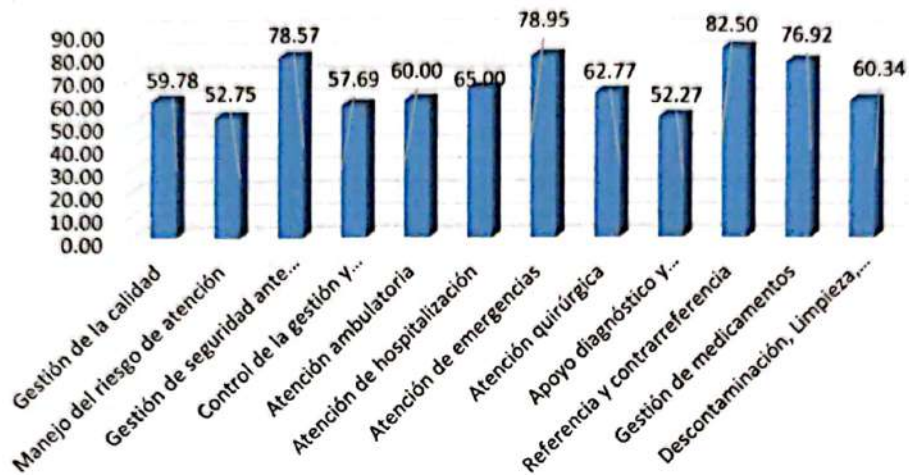
### 13.4 RESULTADO DE ESTANDARES DE CALIDAD POR MACROPROCESOS HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM 2024

GRAFICO N° 03 Autoevaluación, Cumplimiento de los Atributos de  
Calidad , Macroprocesos HSKJ VRAEM 2024

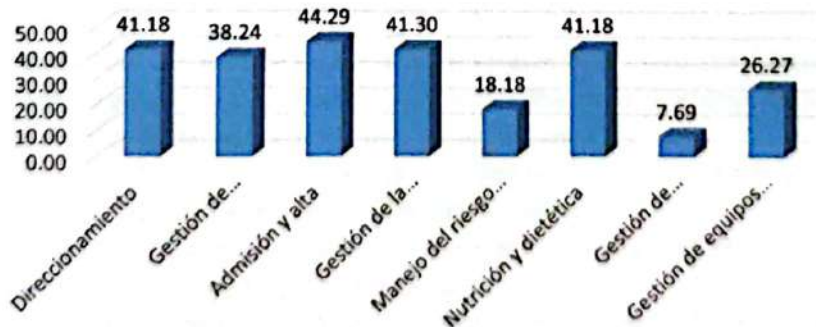


En el Grafico 03, se puede evidenciar que fueron evaluados 20 Macroprocesos de acuerdo a la categoría II-1 de los cuales, 12 macroprocesos se obtuvieron mayor al 50% que están entre 52.27% y el máximo que es 82.5 y los menores al 50% son 8 Macroprocesos el cual el menor porcentaje se obtuvo un 7.69% en el macroproceso de Gestión de insumos y materiales de las cuales se tendrá que priorizar para plantear acciones de mejora con el involucramiento de los responsables y la alta dirección



**RESULTADO DE ESTANDARES DE CALIDAD POR MACROPROCESOS POR ENCIMA DEL 50% HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM 2024****GRAFICO N° 04 Resultados de Autoevaluacion de Macroprocesos por encima al 50% HSJK VRAEM 2024**

En el gráfico 04 se puede evidenciar que 12 macroprocesos llegaron a obtener como resultado mayores a 50% el año 2024, el de mayor cumplimiento fue el macroproceso de Referencias y contrarreferencias llegando a 82.50% , seguido de Emergencia con un 78.95%, Gestión ante seguridad ante desastres 78.57%, Gestión de medicamentos 76.92%, atención en Hospitalización 65%, atención quirúrgica 62.77%, Descontaminación limpieza 60.34%, atención ambulatoria 60% , Gestión de la calidad 59.78%, Control de gestión y prestación 57.69%, manejo de riesgos de la atención 52.75% y apoyo al diagnóstico y terapéutico 52.27%.

**RESULTADO DE ESTANDARES DE CALIDAD POR MACROPROCESOS POR DEBAJO DEL 50% HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM 2024****GRAFICO N° 05 Resultados de Autoevaluacion de Macroprocesos por encima al 50% HSJK VRAEM 2024**



Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud

Red de Servicios de Salud Cusco

Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

En el gráfico 05 se puede evidenciar que 08 macroprocesos de los 20 evaluados, llegaron a obtener como resultado menores al 50% el año 2024, como se observa que en admisión y alta se obtuvo 44.29%. gestión de la información, 41.18% los macroprocesos de Direccionamiento y Nutrición y Dietética Gestión de recurso humano 38.24%, Gestión de Equipo e infraestructura 26.27%, atención de riesgo social 18.18% y obteniendo el menor porcentaje de todos en gestión de insumos y materiales con un 7.69%

#### XIV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

##### 14.1 CONCLUSIONES

- El proceso de autoevaluación es de carácter obligatorio en la que se evidencia la implementación y cumplimiento de atributos de calidad de los servicios que pueden ser administrativos y asistenciales los cuales son evaluados, implementación y la adecuación de las normas, desarrollo de políticas, planes, programas, proyectos y acciones de mejora en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM.
- Se llegó como resultado final el porcentaje total de evaluación de los diferentes macroprocesos a un 56% del cumplimiento de los estándares para el 2024, el cual indica que se encuentra en un nivel no aprobado, que están por debajo de los porcentajes exigidos por la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud médicos
- El resultado categorías se obtuvo en lo GERENCIAL se dio como cumplimiento llegando 51.20% , Categoría PRESTACIONAL se obtuvo un 66.68% y en la categoría APOYO AL DIAGNOSTICO se obtuvo un 45.12% para el 2024, para los cuales deberán realizar acciones de Mejora.
- Los macroprocesos que se obtuvieron con menores puntajes serán implementados mediante acciones de Mejoras.
- Falta de compromiso y responsabilidad de algunos integrantes del Equipo de autoevaluación interna.
- Débil involucramiento de las jefaturas de servicios y UPSS en plantear mejoras en los diferentes servicios
- Los macroprocesos que se obtuvieron menores porcentajes serán evaluados y se planteará mejoras para poder revertir los resultados.
- Falta de compromiso e iniciativa en realizar acciones y proyectos de mejora.
- Falta de programación de horas administrativas para la realización de las autoevaluaciones de los macroprocesos.



##### 14.2. RECOMENDACIONES

- El Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM a través de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria deberá garantizar la realización de la autoevaluación del proceso de Acreditación cada año fiscal y propiciar acciones y proyectos de Mejora
- Socialización de los resultados del proceso de autoevaluación de atributos de calidad de macroprocesos 2024 al personal de HSIK VRAEM
- Promover la autoevaluación en cada servicio y UPSS del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM bajo la supervisión de la UGCS.
- Propiciar el compromiso de las diferentes jefaturas de servicios y UPSS para su implementación de los diferentes macroprocesos para obtener resultados óptimos.







REPUBLICA DEL PERU  
MINISTERIO DE SALUD  
CUSCO

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional  
de Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco

Hospital San Juan de  
Kimbiri-VRAEM



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

- Priorizar la mejora de resultados de los porcentajes alcanzados menores al 50% en la autoevaluación de estándares de calidad de los macroprocesos del HSJK VRAEM.
- Los macroprocesos y estándares priorizados deben de ser implementados de forma obligatoria y en tiempos establecidos bajo la supervisión de la UGCS con el apoyo de la Dirección ejecutiva.
- Los proyectos y acciones de Mejora deben de ser realizados e implementados por las jefaturas de los diferentes servicios y UPSS del HSJK VRAEM.
- Realizar el seguimiento continuo de implementación de acciones de mejora por la UGCS HSJK VRAEM.
- Promover e incentivar al personal para que propongan y realicen acciones y proyectos de mejora.
- Personal administrativo y asistencial dar mayor compromiso
- Mejorar las capacidades del personal a través de capacitaciones en autoevaluación y acciones de mejora
- Alcanzar el presente informe de Resultados a la UE-406 Red de servicios de salud Cusco VRAEM, el cual debe ser publicado en el portal web de la red y la GERESA CUSCO.

## XV.- ANEXOS



Kimbiri 11 de octubre del 2024

**HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM**  
**PROCESO DE ACREDITACION**  
**ACTA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION INTERNA**

FECHA : 11 de octubre de 2024  
 REFERENCIA : MEMORANDUM MULT.N°0425-GR-CUSCO-DRSC/RSSVRAEM/H.S.J. K-VRAEM/WSG-DIR  
 MAROPROCESO : Direccionamiento

Previa coordinación con la directora adjunta del hospital San Juan de Kimbiri, se programó llevar a cabo la Autoevaluación interna del hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, comprendiendo el macroproceso Direccionamiento por el equipo evaluador conformado por: Obsta. Katherin Yessy Gomez Rodriguez, Lic.Enf. Constantino Yaranga Loayza, contando con la participación y colaboración activa de la directora adjunta Obsta. Patricia Eva Medina Llontop

Siendo las 09:00 am. del viernes 11 de octubre del 2024, se da inicio a la autoevaluación interna del macroproceso de Direccionamiento, con la presentación del equipo auto evaluador, así mismo se socializa en que consiste el procedimiento que se llevara a cabo.

Se procede a la aplicación de la ficha evaluadora con los estándares y criterios respectivos, realizando así la evaluación y calificación con las puntuaciones de acuerdo a cada criterio y estándares, brindando así recomendaciones para su mejora e implementación.

Se culmina con la autoevaluación del macroproceso de Direccionamiento, dejando copia del acta y los resultados de la ficha evaluadora con su respectiva puntuación y recomendaciones brindadas.

A continuación, firman los presentes en acto de conformidad.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
  
 Patricia Eva Medina Llontop  
 C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2°

  
  
 OBSTA. KATHERIN YESSY GÓMEZ RODRÍGUEZ  
 RESP. PREST. H. TARRAÑAS - CASA MATERNA  
 C.O.P.: 38561

  
 LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA  
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO  
 C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM II-1

Macroproceso: Evaluador(es): Fecha: Servicio Evaluado: Participantes de la Evaluación Código Estándar: Dirección: UIC: Constantino Yaranga Loayza, Obst. Katherin Y. Gomez Rodriguez 11/10/2024 Dirección del Hospital San Juan de Kimbiri Directora adjunta Obst. Patricia Eva Medina Llontop DIR-1 DIR-2



| Estándar   | Criterio  | Tipo_Criterio | Código criterio | Verificadores Referenciales, para la Valoración   | Sustento- Normativo  | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada         | Sustento del Puntaje  | Observaciones  | Recomendaciones Responsable  |
|--|---|---------------|-----------------|---|--|---------|---|---------------------------|---|--|--|
| 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. | El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas).<br>(0: No ha definido y no ha comunicado; 1: Ha definido y comunica con material visible; 2: Definió, comunica con material visible, y el personal conoce e identifica compromisos). | 0*03          | DIR1-1          | 1 Punto:<br>a. PEI, Aprobado- RD/RG/RER<br>b. Participación: contenido en "a" o Acta/ Informe<br>c. en "a" define Visión, Obeje Estratégico, Acciones Estratégicas y Metas- Norma CEPLAN<br>d. Comunica: Memo/ Informe/ Panel/ Circular, el PEI a los Trabajadores<br>2 Puntos, Además:<br>e. Socializa (más del 50% Trabajadores)/ Virtual/Presencial/ Mixto: Informe/ Acta<br>f. Conoce e Identifica Compromisos: Informe/ Acta de evaluación/ monitoreo. | R.M. N° 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES | 0       | PLAN DE TRABAJO PRESENTADO PARA EL 2024   | Verificación/ Documentos; | NO CUENTA CON PLAN ESTRATEGICO  | GESTIONAR LA PARTICIPACION CON AUTORIDADES LOCALES PARA FORMAR EL PEI. EL COMINTE DE GESTION SE PROGRAMAR ACCIONES DE FORMALUCION PARTICIPATIVAM E. DE REALIZACION Y CAPACITACION DEL PEI ..... CON FECHA AVANCE PRELIMINAR 15 DE DICIEMBRE 2024.COMTE DE GESTION: CALIDAD | RECOMIENDA PROGRAMARTRABAJO CON EL EQUIPO DE GESTION DEL HOSITAL: CALIDAD, OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO   |
| 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. | 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.<br>(0: No promueve; 1: Promueve pero no logra; 2: Promueve, logra y participa en la evaluación)                                    | *             | DIR1-2          | 1 Punto:<br>a. Dep/ Servi/ Unidades: Plan de acción/ Matriz de planificación/ Centro de Costo CEPLAN-POI/ SIGA, que está comprendido en el POI<br>2 Puntos, Además:<br>b. PCI Aprobado: Memo/ RD/ RG/ RER<br>c. Evaluación: Informe/ acta/ Relación de Participantes  | R.M. N° 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES | 1       | POI A NIVEL DE LA RED   | Verificación/ Documentos; | NO CUENTA CON DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE AL CRITERIO.  | CUENTA CON PLANES DE TRABAJO DE LAS ESTRATEGIAS SANITARIA DE ALGUNOS PROGRAMAS CENTRALIZADOS / NO SE CUMPLIO EL TRABAJO POR DEPARTAMENTOS  | LA DIRECCION PROGRAMARA LA ELABORACION DEL POI POR ATENCION DE SERVICIO Y DEPARTAMENTO   |
| 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. | Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado.<br>(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).  | 0             | DIR1-3          | 1. Punto:<br>a. Manual de Procedimientos/ directiva de elaboración, conservación y actualización de PEI, POI/POA/PSL, Plan Contingencia (PC)<br>b. Elaboradas según "a" y comprende algunas etapas de la vida<br>c. Conservación según "a"<br>2 Puntos, Además:<br>c. Actualizados según "a" y comprende todas las etapas de la vida  | R.M. N° 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES | 0       | PLAN DE CONCISTENCIA DE EMERGENCIA Y DESASTRES  | Verificación/ Documentos; | NO CUENTA CON DOCUMENTACION CORRESPONDIENTE AL CRITERIO / EL EQUIPO DE GESTION Y CALIDAD DEBE ELABORAR EL MANUAL DE | SI CUENTA CON EL PLAN DE CONSISTENCIA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES   | MAPO COMO PLAN DE TRABAJO ELABORADO PARA EL AÑO 2025   |
| 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. | Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.<br>(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:<br>a. ASIS/ Informe de Evaluación/ Otro informe que está reconocida como oficial, que se identifica algunas etapas de la vida<br>2 Puntos, Además:<br>b. ASIS/ Informe de Evaluación/ Otro informe que está reconocida como oficial, que se identifica todas las etapas de la vida  | R.M. N° 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES | 1       | INFORME DE EVALUACION SEMESTRAL   | Verificación/ Documentos; | INFORME DE EVALUACION   | CUENTA CON INFORME DEL ASIS  | DETERMINAR E IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES NECESIDADES DE SALUD DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL POR ETAPAS DE VIDA  |
| 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. | El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios.<br>(0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas) | Proceso       | DIR1-5          | 1. Punto:<br>a. Se verifica en el ASIS formulado/ acta, la participaron de algunos autoridades regionales/ locales<br>2 Puntos, Además:<br>b. Se verifica en el ASIS formulado/ acta, la participaron de las autoridades regionales/ locales y en toda las fases  | M. N° 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES   | 0       | ASIS OFICIALIZADO Y ACTUALIZADO SEGÚN NORMA VIGENTE. ACT DE REUNIONES PARA FORMULACION DEL ASIS | Verificación/ Documentos; | NO CUENTA CON ACTAS DE REUNION PARA LA FORMULACION DEL ASIS.  | NO CUENTA CON ACTAS DE REUNION PARA LA FORMULACION DEL ASISHO  | SE RECOMIENDA A LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL, GENERAR REUNIONES, Y LEVANTAR ACTAS DE PARTICIPACION DE TODO EL EQUIPO DE TRABAJO EN LA ELABORACION DEL ASIS. |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
Patricia Eva Medina Llontop  
C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2



OBST. KATHERIN Y. GÓMEZ RODRÍGUEZ  
RES.P. PREST. NO TASHIFADAS - CASA MATERNA  
COP: 38561

UIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA  
ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO  
C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818

|  |   |            |        |  |   |   |   |                           |   |  |   |
|--|---|------------|--------|--|---|---|---|---------------------------|---|--|---|
| 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. | 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.<br>(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. Puesto:<br>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)<br>2. Puntos, Además:<br>b. Los resultados del FON, para su categoría, es igual o superior al 90% en los últimos 02 semestres.   | R.M Nº 1001-2005/MINSA, QUE APRUEBA LA DIRECTIVA PARA LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD                                    | 1 | INFORME DE EVALUACION SEMESTRAL DE LAS FON CON EL PORCENTAJE DE AVANCE (ULTIMOS DOS SEMESTRES)  | Verificación/ Documentos; | REPORTE VISADO DE FON ESENCIALES (SEMESTRE 2024-I)  | NO SE CUENTA CON INFORME DETALLADO DE LOS RESULTADOS POR PORCENTAJE DENTRO DE NIVELES ESPERADOS. | SE RECOMIENDA AL SERVICIO DE GINECOLOGIA ELABORAR UN INFORME DE EVALUACION DEL FON, EVIDENCIANDO LOS RESULTADOS DENTRO DE LOS NIVELES ESPERADOS.                                    |
| 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. | 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.<br>(0: No cumple; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)  | Estructura | DIR1-7 | 1. Puesto:<br>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<br>b. Dispone de GPC de las prioridades seleccionadas/ identificadas (nacional y/o regional).<br>c. Menos del 50% de profesionales del EE.SS aplican las GPC<br>2. Puntos, Además:<br>d. Igual o más del 50% de profesionales aplican la GPC.   | R.M Nº 511-2005/MINSA, QUE APRUEBA LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA EN EMERGENCIA EN PEDIATRIA, R.M Nº 516-2005/MINSA, QUE APRUEBA LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA DE EMERGENCIA EN EL | 0 | R.D. DE APROBACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA. LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA. HISTORIAS CLINICAS.   | Verificación/ Documentos; | ALGUNAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA NO SON REALIZADAS CON LAS PRIORIDADES DEL HOSP.             | PRIORIZAR LAS PRIORIDADES SANITARIAS E INFORMAR LA ADHESION DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA     | SE RECOMIENDA A LA DIRECCION EJECUTIVA EXHORTAR A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO LA ADHESION AL PERSONAL DE LAS GUIAS DE PRACTICA CLINICA |
| 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. | 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)<br>(0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación)  | Estructura | DIR1-8 | 1. Puesto:<br>a. Dispone de Físicas de los Programas Presupuestales/ Estrategias sanitarias en el SIGA (Reporte/ aplicativo), CEPLAN-POI (Reporte/ Aplicativo) del presente año fiscal<br>2. Puntos, Además:<br>b. Las metas físicas se encuentran en el POI/POA/PT/PSL aprobado de la Unidad Ejecutora, RD/RG/RER<br>c. El equipo de salud participa en la Evaluación (50% del personal) evidenciado en el Informe de Evaluación del POI/POA/PSL  | M. Nº 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES  | 1 | SIGA D ELA RED, LAS METAS FISICAS, SI EXITE UN ACTA   | Verificación/ Documentos; | ESTABLECE PERO NO LOGRA MAS DEL 50 %  | PRIORIZAR Y EVALUAR LAS METAS FISICAS Y ALCANZAR UN PORCENTAJE ADECUADO                          | EXHORTAR A LOS DIFERENTES SERVICIOS MAYOR COMPROMISO EN ALCANZAR LAS METAS PROPUESTAS   |
| Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.                               | 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.<br>(0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).  | Proceso    | DIR2-1 | 1. Puesto: (por lo menos a, b o c)<br>a. Plan Estratégico Aprobado, Asignado al jefe del Establecimiento de Salud o a un representante con RD/ MEMO<br>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<br>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<br>2. Puntos, Además:<br>d. Cumple a, b y c | R.M Nº 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES   | 2 | MEMORANDUM  | Verificación/ Documentos; |   | CUMPLE PARCIALMENTE BAJO MEMORANDUM DE RESPONSABILIDADES   |   |
| Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.                               | 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.<br>(0: No cumple; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple el procedimiento documentado en su totalidad).  | Proceso    | DIR2-2 | 1. Puesto:<br>a. Informe/ Acta de los resultados de las actividades asignadas del PEI, POA/POI/PSLPT y Plan de Contingencia-PC, Parcial (por lo menos PEI, POA o PC)<br>2. Puntos, Además:<br>b. Informe/ Acta de los resultados de las actividades asignadas del PEI, POA/POI/PSLPT y Plan de Contingencia-PC, en Su totalidad<br>c. Que cuente con las Actas/ Informes, que evidencia la participación de los actores involucrados.  | R.M. Nº 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES  | 1 | INFORME DE RESPONSABLES DE LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN LOS PLANES A LA AUTORIDAD INSTITUCIONAL ACTA DE REUNION DE PRESENTACION DE INFORMES A LA | Verificación/ Documentos; | INFORME DE EVALUACION, PLANES DE CONTINGENCIA Y MONITOREO COMUNICADOS SOLO INSTITUCIONALMENTE | LOS RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADESCONTENIDAS EN LOS PLANES SOLO SE COMUNICAN INSTITUCIONALMENTE.  | SE RECOMIENDA ELABORAR ACTAS DE REUNION DE PRESENTACION DE INFORMES A LA COMUNIDAD CON LA FINALIDAD DE DIAGNOSTICAR Y MAPEAR SU COMUNIDAD.  |
| Las actividades del plan son asignadas formalmente a responsables quienes demuestran decisiones tomadas que han mejorado la atención de los usuarios externos.                               | El establecimiento de salud cumple con los resultados esperados en el Plan Operativo Anual a la fecha de evaluación.<br>(0: No establece; 1: Establece y no logra; 2: Establece, logra y participa en la evaluación).   | Estructura | DIR2-3 | 1. Puesto:<br>a. Informe/ Acta de Evaluación de cumplimiento de metas de los resultados establecidos en el POA/POI/PSLPT, Parcial (menos del 80% de cumplimiento o según criterio/ escala establecido en el POA/POI/PSLPT)<br>2. Puntos, Además:<br>b. Informe/ Acta de Evaluación de cumplimiento de metas de los resultados establecidos en el POA/POI/PSLPT, Logro (igual o mayor del 80% de cumplimiento o según criterio/ escala establecido en el POA/POI/PSLPT)<br>c. Que cuente con las Actas/ Informes, que evidencia la participación de los actores involucrados.   | R.M. Nº 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES  | 1 | ACTAS DE EVALUACION DE METAS E INDICADORES INFORME DE ANALISIS DE EVALUACION DE INDICADORES.  | Verificación/ Documentos; | NO CUENTA CON ACTA DE EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE METAS, DE LOS RESULTADOS ESTABLECIDOS     | ESTABLECE Y NOLOGRA SOBREPASAR EL 80 PORCIENTO DE AVANCE   | SE RECOMIENDA LA ELABORACION DE ACTA DE ANALISIS Y CUMPLIMIENTO DE METAS, DE LOS RESULTADOS ESTABLECIDOS  |


  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
   
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - URASMI
   
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - URAEM
   

  
 Patricia Eva Medina Llantop
   
 C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2


  
 UNIDAD DE SEGURO
   
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI
   

  
 GBETE KATHERIN R. GÓMEZ RODRÍGUEZ
   
 RESP. PREST. NO TANIFICADAS - CASA MATERNA
   
 COP: 38561


  
 LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA
   
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO
   
 C.E.P. Nº 33804 - R.N.E. Nº 9818

Kimbiri 04 de octubre del 2024

**HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM**  
**PROCESO DE ACREDITACION**  
**ACTA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION INTERNA**

FECHA : 04 de octubre de 2024  
 REFERENCIA : MEMORANDUM MULT.N°0425-GR-CUSCO-DRSC/RSSVRAEM/H.S.J. K-VRAEM/WSG-DIR  
 MAROPROCESO : Gestión de recursos humanos

Previa coordinación con el jefe de Recursos Humanos se llevo a solicitar la cita para llevar a cabo con la Autoevaluación interna del hospital san juan de kimbiri VRAEM del macroproceso Gestión de recursos humanos por el equipo evaluador conformado por: obsta. Katherin Yessy Gomez Rodriguez Lic.Enf. Constantino Yaranga Loayza, Nut. Zoila Bustamante Bazan, contando con la participación activa del jefe de recursos humanos el Abog. Mauro Buitrón Gutiérrez.

Siendo las 11:12 am. del viernes 4 de octubre del 2024, se da inicio a la autoevaluación interna, con la presentación del equipo auto evaluador, así mismo se socializa en que consiste el procedimiento que se va llevara a cabo.

Se procede a la aplicación de la ficha evaluadora con los estándares y criterios respectivos, realizando así la evaluación i calificación con las puntuaciones y de acuerdo a cada criterio se brindo las recomendaciones para su mejora.

Se culmina con la autoevaluación de Gestión de recursos humanos, dejando copia del acta y los resultados de la ficha evaluadora con su respectiva puntuación y recomendaciones brindadas.

A continuación, firman los presentes en acto de conformidad.

  
 OBST. KATHERIN Y. GÓMEZ RODRÍGUEZ  
 RESP. PUESTO NO TARIFADAS - CASA MATERNA  
 COP: 38561



  
 ZOILA BUSTAMANTE BAZAN  
 Lic en Nutrición  
 CNP 1270

  
 LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA  
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO  
 C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818

**AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM II-1**

Macroproceso: Gestión de Recursos Humanos  
 Evaluador(es): Lic. Constantino Yaranga Loayza, Otsia. Katherin Y. Gomez Rodriguez, Nutric. Zoila Bustamante Bazan  
 Fecha: 4 de octubre del 2024  
 Servicio Evaluados: Oficina de Recursos Humanos  
 Participantes de la Evaluación: Abog. Mauro Buitron Gutierrez  
 Código Estándar: 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                  | Observaciones  | Recomendaciones Responsable   |
|---|--|---------------|-----------------|--|--------------------|---------|---|---------------------------|---------------------------------------|--|---|
| El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. | 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.<br>(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:<br>a. Directiva/Manual de Procedimientos de Incorporación de Recursos Humanos (DL 276, 1057, DL 728-CLAS), aprobado con Resolución Administrativa (si tienen atribuciones) o Resolución Directoral, por lo menos uno de los regímenes laborales<br>b. "a" es vinculante con el perfil del puesto/ MOF aprobado con Resolución Administrativa/ Directoral<br>c. Se verifica el cumplimiento de "a" y "b" con una contrata 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"<br>2 Puntos, Además:<br>d. La totalidad de regímenes laborales cumplen con "a", "b" y "c"<br>e. si no se tiene contratos en ese periodo de ningún régimen laboral no se valora el literal "e" |                    | 0       | NO CUENTA   | Verificación/ Documentos; | NO HA DEFINIDO PARA NINGUNA MODALIDAD | ES MANEJADO POR LA RED.  | SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y LAS DIRECTIVAS  |
| El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. | El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos.<br>(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:<br>a. Directiva/Manual de Procedimientos de Inducción de Recursos Humanos (DL 276, 1057, DL 728-CLAS), aprobado con Resolución Administrativa (si tienen atribuciones) o Resolución Directoral, por lo menos uno de los regímenes laborales<br>b. "a" se aplica (Informe- Último año-Referencia el 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/PSL<br>2 Puntos, Además:<br>c. La totalidad de los regímenes laborales de "a"<br>d. "b" Está sustentado, en el informe (del último año, referencia al momento de autoevaluación)) de inducción, en la totalidad de los Objetivos institucionales.                               |                    | 1       | PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO OFICIALIZADO DE INDUCCION DE PERSONAL APROBADO CON RD.  | Verificación/ Documentos; | DEFINE PERO NO CUMPLE                 | NO CUENTA CON INFORME DE INDUCCION AL PERSONAL                         | SE RECOMIENDA A LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS TRABAJAR DE LA MANO CON EL AREA DE CAPACITACION PARA LA INDUCCION DEL PERSONAL NUEVO QUE INGRESE AL HOSPITAL    |
| El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. | El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa.<br>(0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%).   | Estructura    | GRH1-3          | 1 Punto:<br>a. MOF/ Perfil de puestos aprobados y concordantes con el CAP-P vigente<br>b. Asignación/ designación de Funciones con Resolución Directoral/ Resolución Administrativa/ Memorando al personal Registro de Resoluciones/Memorando. Menor al 100%<br>2 Puntos, Además:<br>c. se realiza "a" en concordancia a "b" al 100% de Trabajadores vinculados al EE.SS en el momento de autoevaluación.  |                    | 1       | MEMORANDUM DE ASIGNACION DE FUNCIONES Y CARGO   | Verificación/ Documentos; | CUMPLE PARCIALMENTE.                  | NO CUENTA CON UN MOF APROBADO CON RD. CONCORDANTE CON EL CAP-P VIGENTE | SE RECOMIENDA EL INICIO DE TRABAJO PARA LA ELABORACION DEL MOF COMO INSTITUCION   |
| El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. | Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento.<br>(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). | Estructura    | GRH1-4          | 1 Punto:<br>a. Estándares/ metas de productividad aprobados con Memorando/ Resolución Directoral. Contiene para un grupo de trabajadores.<br>2 Puntos, Además:<br>b. "a" y contiene la totalidad de Trabajadores del EE.SS<br>c. Comunica vía físico/ virtual los Estándares/ Metas: Memorando/ acta de reunión/ Informe de comunicación<br>d. Informe/ Acta de análisis de la productividad de los trabajadores por áreas/ servicios/ unidades y como EE.SS.  |                    | 0       | ESTANDARES DE PRODUCTIVIDAD INDIVIDUAL ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION. INFORME DE LOS ANALISIS DE PRODUCTIVIDAD INDIVIDUAL | Verificación/ Documentos; | NO CUENTA CON FUENTE AUDITABLE        | NO TIENE IMPLEMENTADOS ESTANDARES DE PRODUCTIVIDAD ESTABLECIDOS        | SOLICITAR AL NIVEL CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS MODELO DE MEDICION DE ESTANDARES PARA MEDIR LA PRODUCTIVIDAD EN CADA UNA DE LAS AREAS Y SERVICIOS DEL HOSPITAL |
| El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.                                   | 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.<br>(0: No ejecuta; 1: Ejecuta en forma esporádica; 2: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan).             | Proceso       | GRH2-1          | 1 Punto:<br>a. Conformación del equipo multidisciplinario (comité de gestión, Comité de Gestión ampliado o por servicios/ áreas/ procesos) con RD o MEMO<br>b. Plan de trabajo de los equipos aprobado con RD o MEMO<br>2 Puntos, Además:<br>c. Acta de reuniones según planificado  |                    | 1       | MEMORANDUM DE CONFORMACION DEL EQUIPO DE GESTION. ACTA DE CONFORMACION DEL EQUIPO DE GESTION                                | Verificación/ Documentos; | CUMPLE PARCIALMENTE.                  | NO CUENTA CON EL PLAN DE TRABAJO APROBADO CON RD                       | SE RECOMIENDA REALIZAR REUNIONES OCNSTANTES SEGUN LA PLANIFICACION ANUAL DE TRABAJO   |



*[Signature]*  
 OBST. KATHERIN Y. GÓMEZ RODRÍGUEZ  
 RESP. PREST. NO TARIFADAS - CASH MATERNAL



*[Signature]*  
 LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA  
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO  
 C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818



*[Signature]*  
 ZOILA BUSTAMANTE BAZAN  
 Lic. en Nutrición  
 CNP 1270

|   |   |            |        |  |   |  |  |  |   |   |
|---|---|------------|--------|--|---|--|--|--|---|---|
| El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional. | 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.<br>(0: No ejecuta; 1: Ejecuta pero no sistemáticamente; 2: Ejecuta sistemáticamente).                                | Proceso    | GRH2-2 | 1 Punto:<br>a. El/Los Equipo (s) de trabajo conformado identifica problemas y propone soluciones y están registrados en Acta/ Informe en el último año<br>2 Puntos, Además:<br>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 REUNION DEL EQUIPO DE GESTION   | Verificación/<br>Documentos;                                     | CUMPLE PARCIALMENTE.                         | NO CUENTA CON ACTA / INFORME  | SE RECOMIENDA REALIZAR REUNIONES PERIODICAS CON EL EQUIPO DE TRABAJO  |
| El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.                               | El establecimiento de salud facilita medidas de bioseguridad para el manejo del paciente con enfermedades transmisibles, así como otras acciones para cauterizar la salud del personal asistencial.<br>(0: No facilita; 1: Facilita pero no cubre a todos; 2: Facilita y cubre a todos).              | Estructura | GRH3-1 | 1 Punto:<br>a. Disponibilidad de Bienes de Protección del personal de 02 meses (=> 80% y <= a 100%). Registro ICI o Registro Alternativo de KIT o Informe detallado<br>2 Puntos, Además:<br>b. Disponibilidad de Bienes de Protección de 2 meses del 100% del personal. Registro ICI o Registro Alternativo de KIT o Informe detallado   | 1 | MANUAL DE BIOSEGURIDAD APROBADO CON R.D  | Verificación/<br>Documentos;<br>OBSERVACION DE LISTA DE CHEQUEO. | CUMPLE PARCIALMENTE.                         | NO CUENTA CON UN INFORME DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO PARA CAUTELAR LA SALUD DEL PERSONAL | SE RECOMIENDA REALIZAR UN INFORME DE LA IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DEL MANUAL DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD                         |
| El establecimiento de salud dispone de medidas de seguridad para la salud del personal.                               | Todo recurso humano del establecimiento debe estar protegido con algún tipo de seguro de salud básico.<br>(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:<br>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<br>2 Puntos, Además:<br>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  | 1 | NO CUENTA CON FUENTE AUDITABLE   | Verificación/<br>Documentos;                                     | CUMPLE PARCIALMENTE.                         | NO CUENTA CON UN REGISTRO AL 100% DE SUS TRABAJADORES EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES                            | SE RECOMIENDA REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DEL 100% DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS                                     |
| El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.                  | 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.<br>(0: No dispone; 1: Dispone pero no cumple; 2: Dispone y cumple sistemáticamente).                              | Proceso    | GRH4-1 | 1 Punto:<br>a. Disponibilidad del Plan de Desarrollo del Personal (PDP), en concordancia al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de vida (MC) de la unidad ejecutora al cual pertenece el EE.SS. Aprobado con RD y Vigente a la fecha de autoevaluación (AE)<br>2 Puntos, Además:<br>b. Registro de personal Capacitado en RR.HH (o aplicativo) en concordancia al PDP, cumplimiento de más del 80% al momento de AE  | 1 | ACTAS DE CAPACITACION  | Verificación/<br>Documentos;                                     | EN PROCESO DE MEJORA                         | NO CUENTA CON REGISTRO DE PERSONAL CAPACITADO   | IMPLEMENTAR EL PLAN DE DESARROLLO DEL PERSONAL PDP, EN CONCORDANCIA AL MODELO DE DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD POR ETAPA DE VIDA |
| El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.                  | El establecimiento implementa un plan para fortalecer las competencias del recurso humano, orientado a lograr los objetivos institucionales.<br>(0: No desarrolla; 1: Desarrolla, pero no para todos los programas; 2: Desarrolla para todos los programas identificados).                            | Proceso    | GRH4-2 | 1 Punto:<br>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)<br>2 Puntos, Además:<br>b. Registro de personal Capacitado en RR.HH (o aplicativo) en concordancia al PDP, cumplimiento de más del 80% al momento de AE   | 0 | ACTAS DE CAPACITACION DE ALGUNAS ESPECIALIDADES                                  | Verificación/<br>Documentos;                                     | NO CUENTA                                    | NO CUENTA CON PLAN DE DESARROLLO DEL PERSONAL   | IMPLEMENTAR UN PLAN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO   |
| El establecimiento de salud garantiza recursos humanos competentes para prestar atención al usuario.                  | 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.<br>(0: No implementa; 1: Implementa pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido). | Proceso    | GRH4-3 | 1 Punto:<br>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)<br>b. Disponibilidad de un instrumento/ Aplicativo de Evaluación, Institucional, del Personal Capacitado. Vigente al momento de la AE.<br>2 Puntos, Además:<br>c. 80-100% de personal Capacitado y Evaluado. Informe y Registro de Evaluación al Momento de la AE. | 1 | PLAN ANUAL DE CAPACITACION INCLUYE TEMA DE DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO ETERNO | Verificación/<br>Documentos;                                     | PLAN DE CAPACITACION ANUAL APROBADO CON R.D. | EL PERSONAL SE HA CAPACITADO PERO NO SE APLICADO UNA HERRAMIENTA PARA MEDIR EL NIVEL DE COMPRENSION                 | SE RECOMIENDA APLICAR UN MECANISMO Y/O HERRAMIENTA PARA EVALUAR LA COMPRENSION Y CUMPLIMIENTO                                       |



OPST. KATHERIN Y. GÓMEZ RODRÍGUEZ  
RESP. PREST. NO TARIFADAS - CASA MATERNA  
COP: 38561



LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA  
ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO  
C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818



ZOLA BUSTAMANTE BAZAN  
Lic. en Nutrición  
CNP 1270

AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM II-1

Macroproceso: Gestión de la calidad  
 Evaluador(es): Obst. Kathryn Y. Gomez Rodriguez, Dra. Luz A. Villacorta P.  
 Fecha: 16/10/2024  
 Servicio Evaluado: SERVICIO DE CALIDAD  
 Participantes de la Eval: Resp. Lic. Eni. Ayda Juarez La Rosa  
 Código Estándar: GCA-1 GCA-2 GCA-3

| Estándar   | Criterio   | Tipo_Criterio | Código criterio | Verificadores Referenciales, para la Valoración  | Sustento Normativo  | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada         | Sustento del Puntaje  | Observaciones   | Recomendaciones Responsable  |
|--|--|---------------|-----------------|--|---|---------|---|---------------------------|---|---|--|
| El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud. | El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones.<br>(0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | GCA1-1          | 1 Punto:<br>a. Designado, si esta en un cargo presupuestado en el CAP-P o Asignado si es cargo Previsto, para EE.SS 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.<br>2 Puntos, Además:<br>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.   | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/11x9-gPWmVSRNGPZ1VRHnZdpxAViYL">https://drive.google.com/drive/folders/11x9-gPWmVSRNGPZ1VRHnZdpxAViYL</a> | 2       | verificación de documentos (Memorandum y certificado de capacitación )                  | Verificación/ Documentos; | cuenta con memorandum y certificado de capacitación por la GERESA |   | Continuar con capacitaciones permanentes en temas de calidad, para contribuir a la mejora de la institución y los usuarios |
| El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud. | Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están activos; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | GCA1-2          | 1 Punto:<br>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.<br>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)<br>2 Puntos, Además:<br>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) |   | 0       | No se verifica documentaciones  | Verificación/ Documentos; | no se encuentra documentos  | Personal de salud asiste a las capacitaciones convocados por la GERESA, pero no cuentan con certificación | solicitar capacitacion a la geresa en tema de mejora continua y que expidan las certificaciones                            |
| El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud. | El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación.<br>(0: No cuenta; 1: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura    | GCA1-3          | 1 Punto:<br>a. Uno o más equipos de mejora, Asignado con Resolución Directoral o Memorando.<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Cuenta con el Plan de Mejora continua, Aprobado con RD o MEMO<br>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)  |   | 1       | verificación resolución directoral ejecutiva N° 068-2024- GR CUSCO/GRSCUE406/RSSCV RAEM | Verificación/ Documentos; | si cuenta con resolución directoral ejecutiva                     | No cuenta con el equipo de mejora de capacitación en Mejora Continua por mas de 24 horas lectivas         | Solicitar capacitacion a la geresa en tema de mejora continua y que expidan las certificaciones                            |
| El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud. | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido). | Estructura    | GCA1-4          | 1 Punto:<br>a. Procesos Asistenciales y Administrativos Priorizados. Informe/ acta/<br>b. Manual de Procedimientos asistenciales y administrativos (una parte de lo priorizado) aprobados con RD.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Manual de Procedimientos asistenciales y administrativos (Totalidad de lo priorizado) aprobados con RD.<br>d. Informe de seguimiento de la aplicación de los manuales de procedimientos.  |   | 0       | No se verifica documentaciones  | Verificación/ Documentos; | no se encuentra documentos  | se encuentra Informe y acta de los procesos asistenciales priorizados en el hospital                      | Realizar un manual de procedimientos asistenciales y administrativos para la aplicación acorde al nivel de establecimiento |



*Kathryn Y. Gomez Rodriguez*  
**OBST. KATHRYN Y. GÓMEZ RODRÍGUEZ**  
 RESP. PRES. NO TARJADAS - CASA MATERNA  
 COP: 30561

*Luz A. Villacorta Ponce*  
**Luz A. Villacorta Ponce**  
 Medico Cirujano  
 CMP 74488

*Ayda Juarez La Rosa*  
**Ayda Juarez La Rosa**  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP 14350 RNE 17715



|  |  |            |        |   |   |   |                           |   |   |  |
|--|--|------------|--------|---|---|---|---------------------------|---|---|--|
| El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.       | Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos e internos; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Estructura | GCA1-5 | 1 Punto:<br>a. Plan/ Programa de Mejora de la Calidad que responda a las necesidades de usuarios Internos o Externos. Verificar RD/ Memo que aprueba.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Plan/ Programa de Mejora de la Calidad que responda a las necesidades de usuarios Internos y Externos. Verificar RD/ Memo que aprueba.   | 0 | No se verifica documentaciones  | Verificación/ Documentos; | no se encuentra documentos  | No cuenta con el Plan de mejora de la calidad que responda a las necesidades del usuario interno y externo      | Realizar e implementar el plan de mejora de la calidad que corresponde a las necesidades del usuario interno y externo   |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | El establecimiento ha definido e implementa uno o varios mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios (buzón, encuestas, grupos focales, etc.).<br>(0: No ha definido o no implementa; 1: No ha definido pero se están implementando automáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Proceso    | GCA2-1 | 1 Punto:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Está operativo, se evidencia los informes de la implementación de sugerencias y reclamos del último semestre.                          | 2 | Verificación del libro de reclamaciones, buzón de sugerencias, memorandum de responsabilidad de PAUS / SE VERIFICA INFORME DE ULTIMO SEMESTRE RECLAMO | Verificación/ Documentos; | cuenta con la documentación física acorde al criterio                                 | se encuentra situado en lugares estratégicos para visibilidad y facilidad de los usuarios                       | Mantener la implementación de la unidad PAUS   |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | El establecimiento de salud tiene documentado el proceso para analizar y responder a las quejas y reclamos de los usuarios (metodología, instrumentos y periodicidad), para lo cual cumple con los pasos requeridos.<br>(0: No se cuenta; 1: No está documentado; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Proceso    | GCA2-2 | 1 Punto:<br>a. Cuenta con manual/ directiva, que establece la metodología, instrumentos y periodicidad de los reclamos del usuario. Verificar RG/RD que aprueba.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Cumple con los pasos requeridos. Verificar los informes de evaluación/ monitoreo de cumplimiento, del último trimestre próximo a la autoevaluación.   | 2 | verificación de la directiva que regula la gestión de consultas, reclamos y sugerencias en salud de usuarios de IPRESS de la GERRESA CUSCO - 2023     | Verificación/ Documentos; | Cuenta con manual/directiva e informes de reclamos                                    | se verifica los informes de reclamos durante el último semestre   | sugiere realizar el seguimiento periódico de los informados quejas y reclamos  |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no ha sido difundido; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | GCA2-3 | 1 Punto:<br>a. Cuenta con manual/ directiva, que establece el paquete de información a los usuarios. Verificar RG/RD que aprueba.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Es adecuado culturalmente. Verificar RG/RD que aprueba y que contenga la adecuación intercultural.   | 1 | verificación del informe N°004-2024/GRVGRSCUE406-RSSCVRAEM-DIR/DAIS - SS  | Verificación/ Documentos; | cuenta con informe a la elaboración de la cartera de servicios de salud del hospital  | No cuenta con aprobación de cartera de servicios de salud - GERRESA   | Impulsar y realizar seguimiento de la elaboración y aprobación de la CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD del hospital san juan de kimbiri VRAEM.   |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta (documentado) pero no se aplica; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Estructura | GCA2-4 | 1 Punto:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Aplica el Manual/ Directiva. Verificar Informe de aplicación en la totalidad de los servicios o área de atención al usuario.  | 0 | No se verifica documentaciones  | Verificación/ Documentos; | no se encuentra documentos  | no cuenta con un mecanismo estratégico para garantizar la privacidad al usuario en sus atenciones               | Implementar los mecanismos de atención al usuario con la privacidad garantizada  |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | 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.<br>(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:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>b. En los documentos/ Informes/ Actas de Análisis e identificación de barreras de acceso, debe verificarse acciones para la implementación. | 0 | No se verifica documentaciones  | Verificación/ Documentos; | no se encuentra documentos  | Personal asiste a reuniones técnicas del IAL, pero no realiza actos planeando acuerdos y estrategias de mejora. | se recomienda realizar reuniones técnicas con diferentes grupos de base poblacional para mercar estrategias para la disminución de barreras de atención en salubres la población y los establecimientos de salud |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | Se desarrollan acciones para disminuir las barreras de acceso de los usuarios que dependen del establecimiento de salud de acuerdo con lo identificado.<br>(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:<br>a. Implementación de más 10% a menos del 80% de acciones identificadas. Verificar los Informes/ Registros del último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Implementación más del 80% de lo identificado. Verificar los Informes/ Registros del último semestre.   | 0 | No se verifica documentaciones  | Verificación/ Documentos; | no se encuentra documentos  | Personal asiste a reuniones técnicas del IAL, pero no realiza actos planeando acuerdos y estrategias de mejora. | se recomienda realizar reuniones técnicas con diferentes grupos de base poblacional para mercar estrategias para la disminución de barreras de atención en salubres la población y los establecimientos de salud |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | El establecimiento de salud muestra en un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables.<br>(0: No muestra; 1: Muestra pero no está adecuada culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Estructura | GCA2-7 | 1 Punto:<br>a. Muestra un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables. Verificación de RD/ MEMO que aprueba.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Muestra un lugar visible su cartera de servicios y el cronograma de atención con responsables, con adecuación intercultural. Verificación de RD/ MEMO que aprueba.   | 2 | se verifica la ubicación data ilustración   | Verificación/ Documentos; | se encuentra la gigantografía ubicado estratégicamente en los servicios diferenciados |   | Seguir conservando la estrategia de ilustrar como mercado social la cartera de servicios del hospital san juan de kimbiri  |



DR. KATHERINE CÓMEZ RODRÍGUEZ  
RESP. PREST. NO TABACAS - CASA MATERNA  
COP: 38568

Luz A. Vilacorta Ponce  
Medico Cirujano  
CMP 74488

HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM  
Ayda Suárez La Rosa  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
COP: 8330 RNE 1700

|  |  |            |        |  |   |   |                              |  |   |   |
|--|--|------------|--------|--|---|---|------------------------------|--|---|---|
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | El establecimiento tiene flujogramas de atención general, por servicios y señalización.<br>(0: No tiene de ninguno; 1: Tiene pero no está adecuadamente culturalmente a sus usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Estructura | GCA2-8 | 1 Punto:<br>a. Flujogramas de atención general, por servicios y señalización. Verificación de RD/ MEMO que aprueba.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Flujogramas de atención general, por servicios y señalización, con adecuación intercultural. Verificación de RD/ MEMO que aprueba.  | 2 | se verifica la ubicación de la ilustración  | Verificación/<br>Documentos; | se encuentra la gigantografía ubicada estratégicamente en los servicios diferenciados                          |   | Seguir conservando la estrategia de mostrar el del hospital san juan de limbirí   |
| El establecimiento tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. | El establecimiento tiene publicado los derechos de los pacientes en las zonas de contacto (emergencia, consulta externa, hospitalización).<br>(0: No tiene publicado en ninguna parte; 1: Tiene publicado sólo en emergencia; 2: Cumple con todo lo establecido).  | Estructura | GCA2-9 | 1 Punto:<br>a. Publicación de los derechos de los pacientes en las zonas de contacto emergencia o consulta externa u hospitalización. Verificar la concordancia con las normas vigentes.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Publicación de los derechos de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa y hospitalización. Verificar la concordancia con las normas vigentes.   | 2 | se visualiza en los servicios de emergencia y consulta externa  | Verificación/<br>Documentos; | se encuentra publicado en los ambientes de consulta externa y emergencia                                       | implementar en las áreas de hospitalización   | Se le sugiere hacer la implementación de la publicación en los ambientes de hospitalización   |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora           | El establecimiento evalúa la satisfacción del usuario interno y externo por lo menos semestralmente.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero se mide a solicitud o demanda (no planificado); 2: Cumple con todo lo establecido).  | Proceso    | GCA3-1 | 1 Punto:<br>a. Evalúa la satisfacción del usuario interno y externo de manera no planificada. Verificar el Plan aprobado en concordancia a la norma vigente.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Evalúa la satisfacción del usuario interno y externo de manera planificada. Verificar el Plan aprobado en concordancia a la norma  | 2 |   | Verificación/<br>Documentos; | se evidencia los resultados de la encuesta aplicada en el hospital san juan de limbirí                         |   | continuar con la mejora de los criterios negativos del resultado de la encuesta aplicada en la institución  |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora           | Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.<br>(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:<br>a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de reclamos. Verificar Manual/ Directiva/ Informe del último semestre.<br>b. Informe de los resultados de los reclamos y se verifica que están por debajo del nivel esperado establecido. En el último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>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 | INFORME TECNICO N°40-2024-G.R.CUSCO GRSD GRSC-DESSCS-RSSC.VRAEMHSJK AJLR  | Verificación/<br>Documentos; | se evidencia informes con datos estadísticos   |   | mantener el nivel de porcentaje de reclamos y mejorar en las soluciones   |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora           | Se cuantifica el porcentaje de usuarios que recibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.<br>(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:<br>a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de buen trato durante la atención. Verificar Manual/ Directiva/ Informe, último semestre.<br>b. Informe / reporte oficial de la medición del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados menores a lo esperado. Último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Informe / reporte oficial de la medición del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados en los niveles esperados. Último semestre.   | 1 | INFORME TECNICO N°40-2024-G.R.CUSCO GRSD GRSC-DESSCS-RSSC.VRAEMHSJK AJLR  | Verificación/<br>Documentos; | se evidencia informe del porcentaje de usuarios que recibieron buen trato con resultados menores a lo esperado | no existe informe que identifique el nivel esperado del porcentaje de buen trato,   | programar capacitaciones con todo el personal de buen trato durante la atención al usuario  |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora           | 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.<br>(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:<br>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.<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>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. | 1 | encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en el servicio de emergencia en establecimiento de nivel II | Verificación/<br>Documentos; | se muestra resultados de la encuesta de satisfacción al usuario con un nivel no esperado (53%)                 | no identifica los niveles esperados del porcentaje de usuario y el resultado alcanzado no están por encima de lo esperado | realizar el informe respectivo del porcentaje de usuario que entendieron la información recibida durante la atención y realizar estrategias para superar los porcentajes esperados. |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora           | Se cuantifica el porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.<br>(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:<br>a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención. Verificar Manual/ Directiva/ Informe, Vigente.<br>b. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados menores a lo esperado. Último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención con resultados en los niveles   | 1 | encuesta de satisfacción de los usuarios  | Verificación/<br>Documentos; | se muestra resultado de la encuesta de satisfacción del usuario  | no cuenta con informes respectivos / no alcanzamos con el nivel esperado  | realizar informes para la mejora de porcentaje de usuarios que tuvieron privacidad durante la atención.   |



  
**OBST. KATERIN Y. GÓMEZ RODRÍGUEZ**  
 RESP. PREST. NO TARIFADAS - CASA MATERNA  
 CDP: 38561

  
**Luz A. Villacorta Ponce**  
 Médico Cirujano  
 CMP 74488

  
**Ayda Juárez La Rosa**  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP: 34360 RNE: 17309

|  |  |           |        |   |   |  |                              |  |   |  |
|--|--|-----------|--------|---|---|--|------------------------------|--|---|--|
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora | Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.<br>(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:<br>a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Vigente.<br>b. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado es menor a lo esperado. Último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado en los niveles esperados.          | 1 | se verifica el resultado en porcentajes (datos en digital)     | Verificación/<br>Documentos; | se muestra resultado de la encuesta de satisfacción del usuario con un 40%, cifra no superada a lo esperado            | no cuenta con Informes del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y los resultados en los niveles esperados | Informe o reporte oficial del porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el resultado en los niveles esperados. Último semestre.           |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora | Se cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado para el establecimiento de salud.<br>(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:<br>a. Identifica el nivel esperado del porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral. Verificar Manual/ Directiva/ Informe. Vigente.<br>b. Informe o reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y el resultado es menor a lo esperado. Último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Informe o reporte del porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y los resultados en los niveles esperados. Último semestre. | 1 | encuesta evaluación a los trabajadores                         | Verificación/<br>Documentos; | se verifica el resultado en porcentajes (datos en digital)   | no se cuenta con el informe respectivo para el criterio   | Realizar los informes respectivos según el porcentaje de trabajadores satisfechos con el clima organizacional y los resultados con niveles esperados             |
| El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora | El establecimiento mantiene por lo menos un proceso de atención priorizado producto de la implementación de los proyectos de mejora.<br>(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:<br>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.<br>b. Se desarrolla el proceso de atención priorizada, pero no es verificable. Informe/ Acta de desarrollo de procesos de atención. Último semestre.<br>2 Puntos, Además:<br>c. Se desarrolla el proceso de atención priorizada, es verificable. Informe/ Acta de desarrollo de procesos de atención priorizada.           | 2 | Informe N°0012-2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCYRAEM/MSJKVR/AEM/WSG.DIR | Verificación/<br>Documentos; | Se verifica el informe de implementación del servicio intercultural del adolescente en el hospital san Juan de Limbiri | se verifica un consultorio diferenciado para el adolescente y con un profesional competente a desarrollar el área                   | realizar las gestiones de mantener y mejorar el área implementado del adolescente / seguir en la mejora de implementar otros proyectos en beneficio del hospital |



*Katherine*  
**OBST. KATHERIN Y. CÓRNEZ RODRÍGUEZ**  
 RESP. PREST. NO TARIFADAS - CASA MATERNAL  
 COP: 38564

*Luz A. Macorta*  
**Luz A. Macorta Ponce**  
 Medico Cirujano  
 CMP 74488

*Ayda Juárez La Rosa*  
**HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VIRA**  
**Ayda Juárez La Rosa**  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP 3440 RNE 17198

Kimбири, 11 de octubre del 2024

**HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM**

**PROCESO DE ACREDITACION**

**ACTA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION**

**FECHA** : 6,7 Y 8 de octubre

**REFERENCIA** : MEMORÁNDUM MULT. Nº 0425-2024-GR-CUSCO-  
RS/RSSVRAEM/H.S.J.K- VRAEM/WSG-DIR

**MACROPROCESO** : GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES

Previa coordinación con los jefes de las áreas a evaluar, se cita para llevar a cabo el proceso de Autoevaluación Interna del Hospital San Juan de Kimbiri, del Macroproceso: GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES (GSD), POR EL EQUIPO EVALUADOR CONFORMADO POR: Obsta. Marisol Gamboa Vila, Blgo. Yola Pozo Huaycha, Lic. Enf. Liz Nataly Meza Flores.

Contando con la participación de Lic. Enf. Danery Pumalique Montufar

Se da inicio a la autoevaluación, el día sábado 6 de octubre, con la presentación del equipo evaluador, así mismo se socializa el procedimiento a realizar, en la que se aplica el listado de los estándares y sus criterios respectivos, realizando la calificación según las fuentes auditables, realizando entrevista, verificaciones, observaciones y recomendaciones respectivas.

En la que el personal evaluado, participó activamente en dicha evaluación.  
Se da por concluida la evaluación el día 8 de octubre a las 14 horas.

Firmando al pie los presentes.

  
Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERÍA  
C.E.P. 106623

 GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
  
Blgo. Yola P. Pozo Huaycha  
CBP. 7434

  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
Marisol Gamboa Vila  
C.O.P.: 10405 - RNOE 3826 - E. 09.2

"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**INFORME N° 002- 2024 - GR-CUSCO-GRSC/RSSCV/HSJK/AUTOEVALUACION.C**



**A :** M.C. PEDIATRA WILMAN SALCEDO GARAYAR  
 Director del Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM

**DE :** Obsta. Marisol Gamboa Vila  
 Blgo. Yola Pozo Huaycha  
 Lic. Enf. Liz Nataly Meza Flores  
**COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN DE MACROPROCESOS: GSD, MRA y GCA**

**ASUNTO :** INFORME DE LOS RESULTADOS DE AUTOEVALUACION DEL MACROPROCESOS:  
**GSD, MRA y GCA**

**REFERENCIA :** MEMORÁNDUM MULT. N° 0425-2024-GR-CUSCO-DRS/RSSVRAEM/H.S.J.K-VRAEM/WSG-DIR

**FECHA :** Kimbiri, 11 de octubre del 2024.

Nos dirigimos a Usted, para saludarle cordialmente, a la vez mediante el presente hacerle llegar el informe de **RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION DEL MACROPROCESO:**

- Manejo de riesgo en la Atención (GSD).
- Gestión de la Seguridad ante desastres (MRA) y
- Gestión de la Calidad (GCA). (No se concretizó)

Llevado a cabo los días: 5, 6, 7, 8 y 9 de octubre del presente año. A cargo de los evaluadores: Obsta. Marisol Gamboa Vila, Blgo. Yola Pozo Huaycha, Lic. Enf. Liz Nataly Meza Flores. Cabe señalar que el Macroproceso de **Gestión de la Calidad (GCA)**, NO pudo realizarse debido a que la responsable de este componente (Lic. Enf. Ayda Juárez La Rosa), se encuentra de vacaciones.

En el proceso de Autoevaluación, se aplicó el listado de los estándares y sus criterios respectivos (ATQ) según las normativas vigentes, así mismo se realizó la calificación según fuentes auditable, las observaciones y recomendación correspondiente se las dio oportunamente a los profesionales evaluados.

Es lo que informo para su conocimiento y trámite correspondiente. Atentamente;

  
 Liz Nataly Meza Flores  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
  
 Marisol Gamboa Vila  
 C.O.P.: 10405 - RNOE 3826 - E. 09.2

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
  
 Blgo. Yola P. Pozo Huaycha  
 CBP. 7434

Cc:  
 Archivo  
 MGV-YPH-NMF

**AUTOEVALUACION - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM NIVEL II-1**

Macroproceso:  
Evaluadores:  
Fecha:  
Servicio Evaluados:  
Participantes de la Evaluación  
Código Estándar:

Gestión de seguridad ante desastres  
Obst. Marisol Gamboa Vila, Bgo. Yola Pozo Huaicha y Lic. Enf. Liz Nataly Meza Flores  
7/10/2024  
Unidad de gestión ante emergencias y desastres  
Lic. Enf. Danery Pumalique Montuza  
GSD-1 GSD-2 GSD-3

| Estándar  | Criterio   | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada                    | Sustento del Puntaje  | Observaciones   | Recomendaciones   |
|---|--|---------------|--------|---------|---|--------------------------------------|---|---|---|
| Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional. | El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local.<br>(0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Si cuenta según todo lo establecido).   | Estructura    | GSD1-1 | 2       | Certificado de inspección técnica vigente   | Verificación                         | Se cuenta con el certificado de inspección técnica  | Ninguna   | Actualizar periódicamente el certificado de inspección técnica  |
| Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural 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.<br>(0: Ninguna obra cumple; 1: Más del 50% de las obras cumplen; 2: Todas las obras cumplen) | Proceso       | GSD1-2 | 2       | IOARR: mejoramiento y mantenimiento de la infraestructura HSJK-VRAEM  | Verificación de documentos           | Se verifica en los informes oficiales que más del 80% de las obras del establecimiento cumplen con los estándares de evaluación de seguridad                | Ninguna   | Solicitar el mantenimiento periódico de la infraestructura del HSJK-VRAEM   |
| Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional. | El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma.<br>(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 la existencia de señales de seguridad en más del 80% de las áreas   | Algunas señales se encuentran deterioradas                              | Mantenimiento y recambio de las señales deterioradas  |
| Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural 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 ésta.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero en mal estado; 2: Cuenta y cumple con todo lo establecido).               | Estructura    | GSD1-4 | 2       | Letrero de señalización de ubicación del hospital y la unidad de emergencia                                     | Observación                          | Se observa la señalización adecuada regular estado  | Letrero e señalización del hospital deteriorado                         | Mantenimiento e iluminación del letrero del hospital  |
| Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional. | Se ha señalado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen.<br>(0: No se ha señalado; 1: Se ha señalado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | GSD1-5 | 0       | Conductos y tuberías de fluidos peligrosos  | Observación y verificación           | No se ha señalado los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos  | Conductos y tuberías están por colores pero sin letrero ni señalización | Implementar la señalización de los conductos y tuberías   |
| Se adoptan acciones para la 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.<br>(0: No cumple; 1: En proceso; 2: Cumple en todas las vías).  | Estructura    | GSD1-6 | 1       | Informe de evaluación de riesgos de vulnerabilidad  | Verificación, revisión de documentos | Informe de evaluación de riesgo de vulnerabilidad estructural muestran la identificación de los riesgos señalados en las áreas críticas del establecimiento | Balones de oxígeno sin cadena de seguridad                              | Realizar el informe de la evaluación de riesgo de vulnerabilidad estructural con la señalización de riesgos en las áreas críticas del establecimiento |
| Se adoptan acciones para la 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.<br>(0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.)   | Estructura    | GSD1-7 | 2       | Vías de entrada y salida a emergencia   | Observación                          | Se observa que las vías de ingreso a la unidad de emergencia están libres de barreras   | Falta pintar las rampas para identificar que estén en subida o bajada   | Implementar la colocación de conos en las puerta de emergencia para evitar el estacionamiento de vehículos que obstruyan el pase                      |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres                      | El Comité Hospitalario de Defensa Civil está implementado y desarrolla su plan anual de actividades.<br>(0: No está implementado; 1: Está implementado pero no desarrolla plan; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Proceso       | GSD2-1 | 2       | INFORME N° 001-24-GR-CUSCO-GRSC/RSCVRAEM/HSJK-ISC y acta de conformación del comité y plan anual de actividades | Verificación de documentos           | cuenta con plan anual de actividades de comité e informe de actividades   | Comité con operatividad deficiente                                      | Mejorar la operatividad del comité para cumplir las actividades del plan anual  |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres                      | El establecimiento de salud cuenta con brigadas equipadas de lucha contra incendios, para evacuación y evaluación de daños.<br>(0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura    | GSD2-2 | 1       | Brigadistas y los bomberos son personal de salud  | verificación y revisión              | Resoluciones de reconocimiento de las brigadas  | Participación parcial activa de los brigadistas                         | Mayor operatividad de los brigadistas de intervención inicial en salud  |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.                     | El establecimiento cuenta con un plan actualizado de emergencias y desastres que incluye un programa de respuesta (emergencia y contingencia) difundido entre el personal.<br>(0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está actualizado ni difundido; 2: Cumple con todo lo establecido).    | Estructura    | GSD2-3 | 2       | Plan de contingencia 2024 - Informe N° 009-2024   | Revisión                             | Plan de respuesta oficial actualizado para emergencias y desastres  | Plan no difundido   | Difundir el plan a nivel institucional  |



Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

Marisol Gamboa Vila  
C.O.R. 10405 - R.NOE 3826 - E. 04.7

Gobierno Regional Cusco  
Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM  
Hospital San Juan de Kimbiri

Bgo. Yola P. Pozo Huaycha  
CBP. 7434

|   |   |            |        |   |  |                                      |   |   |   |
|---|---|------------|--------|---|--|--------------------------------------|---|---|---|
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.                 | 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.<br>(0: No participa; 1: Si participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido). | Proceso    | GSD2-4 | 1 | Planes de contingencia, informe de evaluación de la implementación de los planes | verificación y revisión              | Registra la implementación de acciones de respuesta ante emergencias y desastres                                    | No todos los posibles eventos de riesgos a emergencias y desastres presentan sus planes         | Presentar oportunamente el plan cada responsable en su totalidad                                      |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.                 | El establecimiento de salud participa en la implementación de los planes de respuesta regionales o locales ante situaciones de emergencias y desastres.<br>(0: No participa; 1: Si participa pero no de manera sostenida; 2: Cumple con todo lo establecido).   | Proceso    | GSD2-5 | 2 | Acta de reuniones multisectoriales - IAL - Defensa Civil MDK                     | Verificación de documentos           | Actas y reuniones de participación en las reuniones de la implementación de los planes de respuestas en el año 2024 | Ninguna   | incidir en el trabajo multisectorial con las instituciones de primera respuesta                       |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.                 | Se revisa y actualiza el plan de respuesta ante las emergencias en forma periódica con las autoridades de Defensa Civil.<br>(0: No es revisado; 1: Es revisado pero no de forma periódica; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Proceso    | GSD2-6 | 2 | Reuniones de plataforma de defensa civil   | verificación y revisión              | El plan de respuesta ante emergencias se encuentra actualizada con la plataforma de defensa civil de Kimbiri        | Ninguna   | Insertar el involucramiento de las autoridades en las reuniones                                       |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias 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.<br>(0: No realiza; 1: Realiza pero no en los periodos establecidos; 2: Cumple con todo lo establecido).                          | Proceso    | GSD2-7 | 2 | informes de simulacro realizados N° 003 - 2024                                   | verificación y revisión              | Evidencia documentada de los simulacros programados a nivel nacional  | Ninguna   | Continuar con el cumplimiento de las programación de simulacros e involucramiento de todo el personal |
| Se adoptan acciones de preparación ante situaciones de emergencias y desastres.                 | Se cuenta con guías de manejo de emergencias masivas y desastres que son de conocimiento del personal.<br>(0: No cuenta; 1: Se cuenta pero no es de conocimiento del personal; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura | GSD2-8 | 0 | Ninguna  | Observación y verificación           | No se cuenta con guías de manejo de emergencias masiva y desastres  | Se atiende víctimas en masa pero no se cuenta con la guía implementada en la UPSS de emergencia | implementar las guías de manejo de emergencias masivas y desastres                                    |
| Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres. | Se adoptan las acciones pertinentes y se comunica a todo el personal la declaración de alertas por situaciones de emergencias y desastres.<br>(0: No cumple; 1: Cumple pero parcialmente; 2: Cumple todo lo establecido)  | Proceso    | GSD3-1 | 2 | Notificación por el grupo de whatsapp a todo el personal                         | Observación                          | Whatsapp oficial que muestra la difusión de las disposiciones al personal, así como las declaratorias de emergencia | El personal no prioriza la lectura de estos comunicados   | incidir en su difusión con las UPSS y jefaturas de servicio   |
| Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres. | El establecimiento de salud cuenta con el servicio de ambulancias y cumplen con los estándares mínimos de operación según normatividad.<br>(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     | Se verifica el cumplimiento de estándares mínimos de acuerdo a la normatividad                                      | Los medicamentos y equipos de la ambulancia son disgregados                                     | Mantener equipado y responsabilizar a los conductores de su resguardo                                 |
| Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres. | Se cuenta con sistema de comunicación alternativo en caso falle el sistema telefónico del establecimiento de salud.<br>(0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | GSD3-3 | 0 | Ninguno  | Observación                          | No se cuenta con sistema de comunicación alternativo  | El personal eleva la voz para llamados  | Implementar el sistema de comunicación alternativo  |
| Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres. | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)                   | Estructura | GSD3-4 | 1 | Generador eléctrico operativo  | Observación                          | Se dispone de sistema alternativo de provisión de energía eléctrica   | El sistema eléctrico no abastece a todas las áreas críticas solo sala de operaciones            | Operativizar el sistema eléctrico nuevo de mayor capacidad  |
| Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres. | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | GSD3-5 | 1 | Reservorio elevado de agua   | Observación                          | Se observa el sistema de almacenamiento de agua potable en el hospital  | Falta de mantenimiento de las llaves del sistema elevado de agua                                | Realizar el mantenimiento del sistema elevado de agua con personal capacitado                         |
| Se disponen de estrategias y medios para responder ante situaciones de emergencias y desastres. | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Si cuenta, pero se cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | GSD3-6 | 2 | Almacén de medicamentos  | Observación y revisión de documentos | El stock es suficiente según el listado de medicamentos trazadores de DIGEMID                                       | El almacén se encuentra en la parte posterior de emergencia                                     | Todo el personal de farmacia debe conocer su almacén  |



*Liz Nataly Meza Flores*  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
*Marisol Gamboa Vila*  
C.O.P.: 10405 - RNUE 1826 - E. 032

Gobierno Regional Cusco  
Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM  
Hospital San Juan de Kimbiri  
*Bigo. Yola P. Pozo Huaycha*  
CBP. 7434

**AUTOEVALUACION - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM Nivel II-1**

Macroproceso: Manejo del riesgo de atención  
 Evaluador(es): Obst. Marisol Gamboa Vila, Bgo. Yola Pozo Huaicha y Lic. Enf. Liz Nataly Meza Flores  
 Fecha: 05/10/2024 - 06/10/2024  
 Servicio Evaluados: Epidemiología, calidad, banco de sangre, centro quirúrgico, materno y laboratorio  
 Participantes de la Evaluación: Lic. Enf. Sebastian Mendieta, Bgo. Vicente Cárdenas Carbajal, Lic. Enf. Constantino Yaranga, Obst. Yoni Vilma Sinzaya  
 Código 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  | Observaciones                                      | Recomendaciones Responsable  |
|---|--|---------------|-----------------|---------|---|---|---|--|--|
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. | El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta.<br>(0: No tiene definido; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)                     | Estructura    | MRA1-1          | 1       | Cuadro de responsabilidades. Memorandum de responsabilidades    | Verificación y entrevista.                        | Se cuenta con los documentos, no todos los responsables son operativos  | Medicina es el grupo profesional menos involucrado | Reiterar a los jefes, para su cumplimiento u operatividad  |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. | El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes.<br>(0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | MRA1-2          | 0       | No aplica   | Verificación y entrevista.                        | No cuenta con sistema de vigilancia epidemiológica operativa  | El sistema de vigilancia está inoperativo          | Operativizar el sistema de vigilancia epidemiológica   |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. | 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.<br>(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          | 0       | No aplica   | Verificación de la acta de reuniones y entrevista | Se realiza reuniones donde solo se describen los casos pero, no se realiza un análisis                          | Reuniones sin análisis                             | Realizar el análisis correspondiente de cada caso para la toma de medidas oportunas                        |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. | Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales.<br>(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          | 0       | No aplica   | Verificación y entrevista.                        | No cuenta con documentos oficiales que describan el sistema de vigilancia y respuesta frente a eventos adversos | El VEA es superficial                              | Mejorar la organización del equipo de vigilancia epidemiológica  |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. | 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.<br>(0: No realiza; 1: Se realiza, aunque no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)                             | Proceso       | MRA1-5          | 1       | Comunicados físicos y virtuales por whatsapp                    | revisión y observación                            | Se realiza solo en algunas situaciones  | No todo comunicado tiene sello de jefatura         | Notificar mediante documento oficial en todos los casos donde haya cambios en la atención con anticipación |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud. | Se realiza periódicamente el análisis de cuán efectiva es la atención matema mediante indicadores propuestos para la organización según normas.<br>(0: No ha logrado; 1: Ha logrado pero de forma errática; 2: Ha logrado una reducción sostenida).  | Resultado     | MRA1-6          | 2       | MEMORANDUM MULT N° 0153 - 2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEMH SJK/DIR | Verificación y entrevista                         | Si se cumple con lo establecido   | ninguna  | Se recomienda continuar con el análisis periódicamente   |



Liz Nataly Meza Flores  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

Marisol Gamboa Vila  
 C.O.P.: 10405 - RNOE 3826 - E. 09.2

Gobierno Regional Cusco  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
 Bgo. Yola P. Pozo Huaicha  
 CBP. 7434



|  |  |         |         |   |  |  |  |   |  |
|--|--|---------|---------|---|--|--|--|---|--|
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.  | 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).<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido)   | Proceso | MRA1-7  | 1 | MEMORANDUM MULT N° 0056 - 2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/H SJK/ERST-D ACTA DE PREVENCIÓN DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL | Verificación y entrevista                          | Se tuvo 01 muerte materna en el 2023   | Continuar con las estrategias y trabajo para garantizar la reducción de la muerte materna | Enfatizar el trabajo con comunidades nativas   |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.  | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta y se realiza en ocasiones; 2: Se cumple con lo establecido) | Proceso | MRA1-8  | 2 | Historias clínicas de pacientes hospitalizados   | verificación, entrevista y observación             | Si se cumple con lo establecido  | Ninguna   | Continuar con la aplicación del consentimiento informado e implementar para procedimientos menores |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.  | 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.<br>(0: No se realiza; 1: Se aplica parcialmente; 2: Siempre se aplica)                         | Proceso | MRA1-9  | 1 | Historias clínicas de pacientes hospitalizados   | Verificación y entrevista                          | Si se cumple pero con formato general de consentimiento en el que está adicionado la firma del apoderado | Uso de formato acondicionado al formato general   | Implementar formatos por grupo etáreo  |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.  | 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no es operativo; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Proceso | MRA1-10 | 2 | Historia clínica N° 60866  | verificación de historia clínica                   | Se cuenta con los documentos físicos   | Los formatos no son específicos   | actualizar formato de forma específica   |
| El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.  | Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se mide periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Proceso | MRA1-11 | 0 | No aplica  | no aplica  | No cuenta con lo establecido   | No se aplica la encuesta durante el periodo 2024  | Aplicar la encuesta antes de culminar el año   |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases. | Se realiza el análisis de la situación de la seguridad transfusional mediante indicadores acordes a las normas sectoriales.<br>(0: No se realiza; 1: Se realiza pero no periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Proceso | MRA2-1  | 2 | Registro de pacientes que reciben transfusión sanguínea  | verificación, revisión de registro                 | Cumple con lo establecido  | Ninguna   | Continuar con el registro de paciente que reciben transfusión sanguínea                            |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases. | El establecimiento de salud garantiza la utilización de sangre certificada y de donantes voluntarios según las normas.<br>(0: No utiliza; 1: Utiliza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Proceso | MRA2-2  | 2 | Sellos de seguridad en la bolsa de sangre, registro de unidades transfundidas  | Observación, verificación y revisión de documentos | Cumple con lo establecido  | Ninguna   | Ninguna  |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no se implementan mecanismos; 2: Cumple de acuerdo a lo establecido)   | Proceso | MRA2-3  | 1 | Coche de paro con implementación del 50% de medicamentos en muestra aleatoria  | verificación y observación                         | Coche de paro con insumos y medicamentos sin manual de medicamentos e insumos                            | Pendiente el manual de manejo de medicamentos e insumos                                   | Implementar el manual de manejo de medicamentos e insumos  |



*Liz Nataly Meza Flores*  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*Marisol Gamboa Vila*  
C.O.P.: 10405 - RNOE 3828 - E. 04 2

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
*Blgo. Yola P. Pozo Huaycha*  
CBP. 7434

|  |  |         |        |   |  |                            |  |  |  |
|--|--|---------|--------|---|--|----------------------------|--|--|--|
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases. | Se emplea un mecanismo para identificar las placas radiográficas a fin de prevenir errores o confusiones por etiquetado.<br>(0: No se establece; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)   | Proceso | MRA2-4 | 1 | memoria virtual de las placas en el equipo de cómputo de rayos X | observación y verificación | No cuenta con placas radiográficas en físico   | solo digital   | Gestionar el requerimiento para la compra de placas radiográficas en físico                |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas 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.<br>(0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido de manera sistemática)   | Proceso | MRA2-5 | 1 | Formato de cirugía segura en historia clínica                    | verificación y observación | Cuenta con formato con silueta de ubicación de la persona a intervenir pero no se cumple en su totalidad   | algunas historias clínicas sin formato   | Cumplir el 100% de pacientes con cirugía el uso de formato de ubicación de zona operatoria |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas fases. | Se evalúa en el paciente hospitalizado el riesgo de desarrollar úlceras de presión y se llevan a cabo medidas preventivas.<br>(0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo, pero no se efectúan medidas preventivas; 2: Cumple con lo establecido)  | Proceso | MRA2-6 | 2 | No aplica  | No aplica                  | No aplica  | pacientes hospitalizados son de corta estancia                                 | No aplica  |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas 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 las medidas apropiadas para evitarlos.<br>(0: No se realiza; 1: Se evalúa el riesgo de desarrollar TVP, pero no se emplean métodos para evitarlas; 2: Cumple con lo establecido) | Proceso | MRA2-7 | 0 | Historias clínicas de pacientes hospitalizados                   | Observación y verificación | No cuentan con la guía práctica de TVP y TEP, historias clínicas no registran las medidas adoptadas para evitar TVP y TEP  | Mejorar las técnicas y destrezas de cateterismo                                | Implementar la guía de prevención de TVP y TEP   |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas 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.<br>(0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)   | Proceso | MRA2-8 | 0 | No aplica  | entrevista                 | No se evalúa el riesgo de aspiración en pacientes internados   | Historias clínicas sin formato de riesgo de aspiración en pacientes internados | Implementar el formato de evaluación del riesgo de aspiración                              |
| El establecimiento de salud vela por el cumplimiento de las normas de seguridad relacionadas con la atención en sus distintas 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.<br>(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 | MRA2-9 | 2 | Historias clínicas con formato de evaluación nutricional         | verificación y observación | Se cumple con lo establecido   | Ninguna  | Continuar con la evaluación nutricional en pacientes hospitalizados                        |
| El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones                                      | Se emplean institucionalmente métodos para prevenir infecciones asociadas al uso de catéteres.<br>(0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)   | Proceso | MRA3-1 | 1 | kits de bioseguridad para catéter                                | Observación y verificación | Todas las vías venosas periféricas cuentan con el uso de kit de bioseguridad pero, no tienen una guía de práctica clínica de prevención de infección por el uso de catéter | uso de kit de bioseguridad pero sin manual                                     | Implementar la guía  |



*Liz Nataly Meza Flores*  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KUMBIRI VRAEM

*Marisol Gamboa Vila*  
 C.O.P.: 10405 - RMOE 3026 - E.009

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KUMBIRI

*Yola P. Pozo Huaycha*  
 Bijo. Yola P. Pozo Huaycha  
 CBP. 7434

|  |   |            |        |   |  |   |   |  |   |
|--|---|------------|--------|---|--|---|---|--|---|
| El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de 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.<br>(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 | 1 | Historias clínicas de pacientes con intervención quirúrgica                      | Revisión de historias clínicas, lista de chequeo pre operatorio | Se cumple con la antibioticoterapia pre operatoria pero, no cuentan con las guías de práctica clínica                     | Historias clínicas sin lista de chequeo pre operatorio                   | Implementar la lista de chequeo pre operatorio  |
| El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de infecciones  | Se cuenta con dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla en todas las áreas de manejo de pacientes según normatividad.<br>(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 | Dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla                          | Observación y verificación                                      | Se cumple con lo establecido  | Presencia de estos insumos en menos del 90% del total de ambientes       | Implementar dispensadores de soluciones antisépticas y papel toalla   |
| El establecimiento cuenta con normas escritas sobre precauciones para el control de 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.<br>(0: No realiza; 1: Se realiza, pero no está de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido) | Proceso    | MRA3-4 | 2 | Informe de evaluación del cumplimiento de las medidas de bioseguridad trimestral | observación y verificación                                      | Cumple con lo establecido   | Personal nuevo requiere inducción  | Inducir al personal nuevo en el manejo y control de medidas de bioseguridad   |
| El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte. | El establecimiento dispone de un procedimiento para la vigilancia, seguimiento y manejo de los casos de infección intrahospitalaria.<br>(0: No se conoce; 1: Se conoce una parte; 2: Se cumple con todo lo establecido)   | Proceso    | MRA4-1 | 1 | Directivas, memorandum, fichas de seguimiento                                    | Revisión documentaria   | El documento oficial que cuentan en una directiva nacional pero no cuentan con un documento adaptado al Hospital          | No se reportan todas las IIH   | Implementar los informes reportes y seguimiento de manejo de infecciones intrahospitalarias de por lo menos el último año |
| El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte. | 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.<br>(0: No se conoce; 1: Se conoce parcialmente; 2: Se cumple con lo establecido)   | Proceso    | MRA4-2 | 2 | INFORME N° 001-24-GR-CUSCO-GRSC/RSCVRAEM/HS JK-ISC                               | Observación y verificación                                      | Si cuenta con lo establecido  | Linea CDC-Perú operativa   | El equipo de profesionales de enfermería y medicina deben de conocer la línea CDC-Perú                                    |
| El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte. | Se evalúa según normatividad el registro de infecciones, la identificación de las cepas prevalentes y la implementación de las normas de antibioticoterapia.<br>(0: No se evalúa; 1: Se evalúa, pero no periódicamente; 2: Siempre se evalúa según lo establecido por las normas)   | Proceso    | MRA4-3 | 0 | No aplica  | Observación y verificación                                      | Registro de las infecciones y identificación de las cepas y antibioticoterapia no acorde a las normas por falta de insumo | Carencia del insumo para identificación de cepas                         | Gestionar e implementar el insumo para la identificación y antibioterapia   |
| El establecimiento de salud cuenta con procesos para el control de infecciones o enfermedades de transmisión: recolección, análisis y reporte. | El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan estratégico de la institución y los objetivos son claros y medibles.<br>(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 | 0 | Plan de IIH  | Verificación y observación                                      | En el plan de IIH del HSJK-VRAEM no está incluido en el plan estratégico institucional                                    | No existe plan estratégico institucional                                 | Se recomienda elaborar la priorización del plan estratégico institucional   |
| El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.   | El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas.<br>(0: No cuenta, no conoce; 1: Cuenta, conocen algunos; 2: Cuenta y conocen)   | Proceso    | MRA5-1 | 1 | Guías y normas técnicas de atención de enfermería                                | Observación y verificación                                      | Cuentas algunas con guías y normas técnicas digitalizadas   | No cuenta con todas las normas técnicas y guías de acuerdo a su servicio | Implementar las guías y normas técnicas por servicio en físico y digital al alcance del personal de salud.                |



Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO-VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI-VRAEM  
Marisol Gamboa Vila  
C.O.P.: 10405 - RNOE 3826 - E. °

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO-VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
Yola P. Pozo Huayhu  
CBP. 7434

|   |   |            |        |   |   |                            |   |   |  |
|---|---|------------|--------|---|---|----------------------------|---|---|--|
| El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.            | El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados.<br>(0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Evalúan según lo planificado en el año)  | Proceso    | MRA5-2 | 2 | Historia clínica                          | Observación y verificación | Se cuenta con lo establecido  | Registrar las atenciones de enfermería con letra legible  | Continuar con el registro de atenciones de enfermería con letra legible y en forma completa con horario  |
| El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.            | El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, paciente, hora y medicamento).<br>(0: No efectúa; 1: Efectúa, no documenta; 2: Efectúa y documenta sistemáticamente)  | Proceso    | MRA5-3 | 0 | Lista de chequeo                          | Verificación y observación | No cuenta con el MAPRO de administración de medicamentos  | Al no contar con el MAPRO, no se cumple eficientemente la administración de medicamentos de forma segura. | Mejorar con la administración de medicamentos en forma segura de acuerdo a la normativa  |
| El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.            | El personal profesional de enfermería identifica, reporta y registra todos los eventos adversos ocurridos en los pacientes.<br>(0: No registra; 1: Registra parcialmente; 2: Cumple con lo indicado)  | Proceso    | MRA5-4 | 1 | Hoja de reporte de eventos adversos       | Verificación y observación | No se realiza el análisis y la socialización de eventos adversos con los involucrados   | Reporte de eventos adversos acumulados sin analizar de meses pasados                                      | Socializar los eventos adversos con los servicios y personas involucradas en los hechos  |
| El equipo de enfermería brinda servicios seguros, competentes y continuos.            | El personal de enfermería realiza acciones de mejora para aquellas condiciones causantes de eventos adversos que dependen de su personal.<br>(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 | 1 | Acta de reuniones de eventos adversos     | Verificación y observación | No se realiza informes de las hojas de registro de eventos adversos   | No se cuenta con un registro de los informes de eventos adversos  | Realizar informes y socialización de eventos adversos bajo acta  |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional. | 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.<br>(0: Emplean menos de 60% del personal; 1: Emplean del 60 al 80%; 2: Emplean el 100%).                        | Proceso    | MRA6-1 | 0 | Personal de salud con uso correcto de EPP | Observación y verificación | Menos del 60% del personal usa indumentaria de protección según las normas de bioseguridad en el trabajo  | El personal no cumple con el uso adecuado de EPP  | El responsable de seguridad y salud ocupacional junto al jefe de recursos humanos deberán hacer cumplir el uso adecuado de EPP   |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional. | Existen cartillas visibles de bioseguridad en todos los ambientes de atención.<br>(0: No existen; 1: Existen pero no están visibles; 2: Cumple con lo establecido).   | Estructura | MRA6-2 | 1 | Cartillas de bioseguridad                 | Observación y verificación | Solo algunas áreas de trabajo cuentan con las cartillas   | Cartillas incompletas y deterioradas  | Asegurar la implementación de cartillas en todas las áreas y ambientes del hospital  |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional. | La provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado, se realiza según procedimientos documentados.<br>(0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido).  | Proceso    | MRA6-3 | 0 | Tachos de ropa hospitalaria usada         | Observación y verificación | La descontaminación y el lavado de la ropa hospitalaria no es acorde a la norma de procedimiento para la provisión, lavado y descontaminación de la ropa del personal | Se almacenan las ropas sin previa clasificación del área procedente                                       | Realizar la clasificación de las ropas hospitalarias de acuerdo a áreas, grado de contaminación y cumplir con la normativa de procedimientos para la provisión, lavado y descontaminación de ropa hospitalaria |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional. | La provisión de materiales e insumos de bioseguridad se realiza de acuerdo a la normatividad.<br>(0: No se cumple; 1: Se realiza sin que esté de acuerdo con lo establecido; 2: Se cumple con lo establecido).  | Proceso    | MRA6-4 | 1 | Materiales e insumos de bioseguridad      | Observación y verificación | La provisión de materiales e insumos cumple parcialmente la normatividad  | Entrega de materiales e insumos en forma empírica   | Efectivar los documentos de requerimiento oportunos y uso adecuado de la peca  |



Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM

Marisol Gamboa Vila  
C.O.P.: 10405 - RNDE 3826 - E, 08, 7

Gobierno Regional Cusco  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI  
Blgo. Yola P. Pozo Huaycha  
CBP. 7434

|   |   |            |         |   |  |   |  |   |  |
|---|---|------------|---------|---|--|---|--|---|--|
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.                   | Se reportan, registran y toman acciones inmediatas con el personal frente a un accidente punzocortante según la evaluación del riesgo.<br>(0: No se reporta; 1: Se realiza ocasionalmente el reporte, 2: Se cumple con lo establecido).   | Proceso    | MRA6-5  | 1 | Registro de accidentes laborales intrahospitalarios                                  | Verificación y observación                        | Subregistro de accidentes punzocortantes ocurridos con el personal                               | Libro de registros desactualizados                                      | Sensibilizar al personal responsable de la atención el adecuado registro y comunicación oportuna de accidentes intrahospitalarios por el propio personal.  |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.                   | 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.<br>(0: No existen; 1: Existen pero no están disponibles; 2: Se cumple con lo establecido).  | Estructura | MRA6-6  | 0 | Avisos de instrucción sobre riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas | Observación y verificación                        | No existen instrucciones sobre el riesgo de enfermedades infectocontagiosas en el hospital       | Responsable no cumple con sus funciones                                 | El responsable de seguridad y salud ocupacional deberá realizar las gestiones e implementar las instrucciones de los riesgos de transmisión  |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.                   | 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.<br>(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  | 0 | Mapa de riesgos  | Observación y verificación                        | Solo se cuenta con el menos del 50% de los servicios con mapa de riesgo laboral                  | Existen servicios sin mapa de riesgo                                    | Implementar el mapa de riesgo en cada servicio de acorde a la normativa  |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.                   | Los trabajadores de las áreas de riesgo cumplen con procesos y procedimientos para realizar la descontaminación al finalizar su jornada laboral.<br>(0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)   | Estructura | MRA6-8  | 1 | Documento de procedimiento de descontaminación                                       | Observación y verificación                        | Se verifica que cumplen parcialmente según la lista en una muestra del 50% de trabajadores       | Clasificación inadecuada de residuos sólidos                            | Inducción al personal nuevo en el proceso de clasificación y recolección de residuos sólidos, sensibilizar al todo el personal sobre la importancia de la adecuada clasificación de residuos sólidos |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.                   | El personal del establecimientos aplica los manuales de procedimientos para la prevención y atención de riesgos, relativos al tipo de trabajo que realizan.<br>(0: No cuenta; 1: Existen los manuales, pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido).  | Estructura | MRA6-9  | 1 | Manual de prevención y atención de riesgo  | Verificación y observación                        | Se verifica que entre el 50% al 80% del personal aplica los manuales en muestra similar          | Solo el personal de laboratorio utiliza la indumentaria correspondiente | Sensibilización y evaluación del uso adecuado de indumentaria por cada jefe de UPSS  |
| El establecimiento de salud ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.                   | El establecimiento de salud garantiza la realización oportuna de los exámenes correspondientes y el tratamiento específico para el personal que sufre un accidente punzocortante.<br>(0: No son implementados; 1: A veces son implementados; 2: Cumple con lo establecido)  | Proceso    | MRA6-10 | 0 | Reporte del manejo de casos de accidentes punzocortantes                             | verificación y revisión                           | No se realizan oportunamente los exámenes correspondientes                                       | El hospital no cuenta con médico capacitado en salud ocupacional        | Asignar un responsable para el área de salud ocupacional   |
| El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura. | Se cuenta con el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos y éstos son conocidos por el personal.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no son conocidos; 2: Cumple con lo establecido).  | Estructura | MRA7-1  | 2 | Manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos                     | Verificación, revisión de documentos y entrevista | Se cuenta con lo establecido   | Ninguna   | Cumplir con lo establecido en el manual de procedimientos para la eliminación de residuos sólidos  |
| El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura. | La recolección de residuos sólidos se realiza de acuerdo con la norma.<br>(0: No realiza; 1: Se realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido).   | Proceso    | MRA7-2  | 1 | Contenedores de resisuos sólidos   | Verificación y observación                        | Se observa que en la recolección de estos residuos se cumplen parcialmente según la normatividad | Personal de salud no desecha adecuadamente de residuos sólidos          | Capacitar y sensibilizar al personal de salud en la adecuada clasificación y desecho de residuos sólidos   |



*Liz Nataly Meza Flores*  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*Marisol Gamboa Vila*  
C.O.P. 10405 - RNOE 3826 - E. 09.2

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI

*Hlpo. Yola P. Pozo Huaycha*  
CBP. 7434

|   |   |         |        |   |  |                            |   |   |  |
|---|---|---------|--------|---|--|----------------------------|---|---|--|
| El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.       | El retiro, eliminación y disposición final de residuos se realiza de acuerdo con la norma vigente.<br>(0: No realiza; 1: Realiza pero no está de acuerdo con la norma; 2: Se cumple lo establecido).  | Proceso | MRA7-3 | 2 | Manifiesto de manejo de residuos sólidos peligrosos por mes y acta de recolección de residuos con la empresa prestadora  | Observación y verificación | Se observa el cumplimiento de la normatividad en el retiro, eliminación y disposición final de residuos                 | Presencia de una empresa externa de servicios para la eliminación y disposición final de los desechos | Continuar con el servicio de la empresa externa  |
| El establecimiento de salud garantiza el control de desechos, residuos y disponibilidad de agua segura.       | El establecimiento garantiza la disponibilidad de agua segura en los procesos de atención.<br>(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 de agua, informe N°074-2024-GR-CUSCO-DSC-DIR-RSSCVRAEM/DHSJK-AS                  | Verificación de documentos | Se observa el uso de agua segura en los procesos de atención  | Presencia de documentos que garantizan el agua segura en la atención                                  | Continuar con la medición de parámetros en forma periódica   |
| El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura. | 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.<br>(0: No coordina; 1: Coordina pero no se realizan los procedimientos; 2: Coordina y se realizan los procedimientos.) | Proceso | MRA8-1 | 2 | ATM (Area Tecnica Municipal) de la Municipalidad de Kimbiri encargada del abastecimiento de agua de calidad del distrito | Verificación y observación | Evidencia documental y fotográfica de la participación en estos procesos  | Trabajo interinstitucional entre la municipalidad, la red de salud y el hospital                      | Continuar con el trabajo coordinado  |
| El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura. | El establecimiento de salud en coordinación con el gobierno local participa en los procesos de edificación y mantenimiento de los pozos elevados.<br>(0: No coordina; 1: Coordina pero no participa; 2: Coordina y participa.)  | Proceso | MRA8-2 | 0 | No aplica  | entrevista                 | No se coordina con el gobierno local para participar en el proceso de edificación y mantenimiento de los pozos elevados | No está dentro de las funciones de salud ambiental del hospital, esta función es de la RSSCV          | Mejorar la coordinación con los gobiernos locales para la participación en el proceso de edificación y mantenimiento de los pozos elevados |
| El establecimiento de salud y gobierno local garantiza el saneamiento básico y disponibilidad de agua segura. | 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.<br>(0: No coordina; 1: Coordina, informa pero no capacita; 2: Coordina, informa y capacita.)   | Proceso | MRA8-3 | 2 | Fotografías y videos en las redes sociales   | verificación y observación | Se capacita a la población sobre estas medidas según documento  | Falta de evidencias documentarias, actas e informes sobre las actividades del responsable             | Implementar, mejorar y ordenar la documentación  |



Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM



Marisol Gamboa Vila  
C.O.P.: 10405 - RNOE 3826 - E. 09.2



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI



Blgo. Yola P. Pozo Huaycha  
CBP. 7434



**AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM, Nivel II-1**

Macroproceso: Control de la gestión y prestación  
 Evaluador(es): LIC. ENF. YULI DAYSI MENDOZA CHOQUEHUAYTA y  
 OBST. EMILY M. LIZANA SOLIER  
 DRA. ESTHEFANY RAQUEL SALCEDO TICONA  
 Fecha: 11 Y 19 DE OCTUBRE DEL 2024  
 Servicio Evaluado: DIRECCION  
 Participantes de la Evaluación: OBST. PATRICIA MEDINA LLONTOP  
 LIC ENF AYDA JUAREZ LA ROSA  
 OBST YIMI ARANGO CERVANTES  
 Código Estándar: CGP-1 CGP-2

| Estándar  | Criterio  | Tipo Criterio | Código criterio | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje  | Observaciones   | Recomendaciones Responsable  |
|---|---|---------------|-----------------|---------|---|-------------------------|---|---|--|
| 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.<br>(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          | 2       | 1.- Plan de Supervisión 2024, aprobado con Resolución Directoral Ejecutiva N°069-2024-GR CUSCO/GRSCAU.E 406: RSSCVRAEM.   | Verificación documental | 1.- Se cuenta con plan de Supervisión.<br>2.- Mediante Resolución Directoral Ejecutiva N° 046-2024-GR CUSCO/GRSCAU.E. 406: RSSCVRAEM, se cuenta con la conformación del Equipo de Supervisión Integral del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM.  |   | Dar continuidad a las actividades programadas  |
| 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.<br>(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          | 2       | Plan de Supervisión 2024, presentado ante Dirección mediante Informe N° 002-24-GR-CUSCO-GRSC/RSSC VRAEM/HSJK-VRAEMCS  | Verificación documental | Se cuenta con un plan, en el que se establecen los indicadores y se fijan los niveles esperados.  | El Plan ha sido elaborado por los Coordinadores de Salud del Hospital; sin embargo, no se evidencia consenso con los Responsables de las áreas o Servicios del hospital | 1.- Socializar el plan en mención a los Responsables respectivos.<br>2.- Responsable: Coordinadores de salud del Hospital<br>3.- Plazo: 2 semanas. |
| 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.<br>(0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal).   | Proceso       | CGP2-1          | 1       | 1.- Consolidado de asistencia de la capacitación virtual: "Curso de Auditoría en la Calidad de Atención en Salud" (módulos).<br>2.- Acta de asistencia de la capacitación presencial: "Curso taller de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud". | Verificación Revisión   | 1.- Consolidado de la asistencia de la capacitación virtual: "Curso de Auditoría en la Calidad de Atención en Salud", llevado a cabo por GERESA CUSCO, mayo y junio 2024 (módulos).<br>2.- Acta de asistencia de la capacitación presencial: "Curso taller de Auditoría de la Calidad de Atención en salud", llevado a cabo por GERESA CUSCO, 16 de julio 2024.   |   | Garantizar la continuidad de las capacitaciones correspondientes.  |
| 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura    | CGP2-2          | 2       | Resolución Directoral Ejecutiva N° 044-2024 - GR CUSCO/GRSCAU.E 406 RSCVRAEM, que Conformar y reconoce al Comité de Auditoría Médica del HSJKVRAEM.   | Verificación Revisión   | 1.- Mediante Informe N° 062-2024 GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM-UGCS/AJLR, la responsable de Calidad del Hospital presentó ante la Dirección, la AUDITORIA MEDICA N°04-2024-GRSC/RSSCVRAEM/HSJKV-CAS (Auditoría de Caso RN fallecido de 1 día de nacido).<br>2.- En el año 2023, se realizó la Auditoría de Caso de O1 Muerte Materna, dicho procedimiento se verifica en el Informe N°0014-2023 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM-UGCS/AJR. | En el presente año, no se han producido muertes maternas.   | Implementar las acciones de mejora y las recomendaciones según los informes de auditoría, cuando corresponda.                                      |



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 U.E. 406 RED DE SERVICIO DE SALUD  
 CUSCO VRAEM

*[Firma]*

**E Raquel Salcedo Ticona**  
 MEDICO CIRUJANO  
 C.M.P. 5995

HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*[Firma]*

**Ayda Juárez La Rosa**  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP 34360 RNE 17798

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*[Firma]*

**Patricia Eva Medina Llontop**  
 C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 02.2



|  |   |            |        |   |  |                         |  |  |  |
|--|---|------------|--------|---|--|-------------------------|--|--|--|
| 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.<br>(0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal).                     | Estructura | CGP2-3 | 2 | Sala Situacional   | Observación             | Se observa la Sala Situacional de los diferentes programas y estrategias   | El Programa de Daños no Transmisibles no cuenta con su sala situacional actualizada  | 1 - Actualizar de forma periódica la sala situacional de los programas y estrategias;<br>2 - Los coordinadores de salud del Hospital deberán realizar seguimientos y/o monitoreos estrimto de manera organizada o programada   |
| 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.<br>(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 | 1 | 1 - Informe N° 27-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM-JUGC/AJR: Evaluación Anual 2023 de la Unidad de Gestión de Calidad Sanitaria.<br>2 - Acta de Socialización y Evaluación al I Semestre 2024 del Cumplimiento de los Indicadores Sanitarios y Hospitalarios del HSJKVRAEM, e Informe N° 26-2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCV/HSJK/S O/PMLL. | Verificación Revisión   | 1 - Se verifica que mediante Informe N° 27-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM-JUGC/AJR, se realiza la Evaluación Anual 2023 de la Unidad de Gestión de Calidad Sanitaria.<br>2 - Se verifica que mediante Acta de fecha 14-07-2024, se lleva a cabo la Evaluación al I Semestre 2024 del Cumplimiento Indicadores Sanitarios y Hospitalarios del HSJKVRAEM  | No se logró el cumplimiento esperado de ciertos indicadores, debido a que no se contaba con Recurso Humano para el Monitoreo estricto de los mismos, así mismo, el personal de salud realiza labores asistenciales y administrativas paralelas Hospitalarias y con población asignada.   | 1 - Contar con Recursos Humanos para garantizar el cumplimiento o nivel esperado de los indicadores.<br>2 - Se recomienda al Equipo de gestión del Hospital y quienes corresponden la evaluación y sinceramiento de la sobreestimación o subestimación de las metas de los indicadores para garantizar su cumplimiento óptimo o esperado. Así mismo, este de realizarse de forma consensuada con los diferentes responsables de los programas, estrategias y áreas para el logro institucional |
| 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.<br>(0: Nunca se realiza; 1: Se realiza a solicitud o demanda (no programado); 2: Se realiza dentro del plan establecido)   | Proceso    | CGP2-5 | 0 | No se cuenta   | Entrevista              |  | El Hospital cuenta con la conformación de Grupos Evaluadores de Guías de Práctica Clínica, mediante Resolución Directoral Ejecutiva N° 052-2024-GR-CUSCO/GRSCJU.E.408.RSSCVRAEM  | 1 - Realizar la Adherencia de la Guías de Práctica Clínica de la o las patologías más frecuentes en emergencia.<br>2 - Plazo: 3 meses  |
| 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.<br>(0: No realiza; 1: Si realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Proceso    | CGP2-6 | 0 | No se cuenta   | Entrevista              |  | El Hospital cuenta con la conformación de Grupos Evaluadores de Guías de Práctica Clínica, mediante Resolución Directoral Ejecutiva N° 052-2024-GR-CUSCO/GRSCJU.E.408.RSSCVRAEM  | 1 - Realizar la Adherencia de la Guías de Práctica Clínica de la o las patologías más frecuentes en las atenciones obstétricas y neonatales en emergencia.<br>2 - Plazo: 3 meses   |
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | En las áreas/servicios de atención clínica se realizan procesos de monitoreo y evaluación de la calidad y cumple con los estándares establecidos para la organización.<br>(0: No realiza; 1: Si realiza, pero a solicitud o demanda; 2: Cumple con todo lo establecido)                           | Proceso    | CGP2-7 | 2 | 1 - Informe N° 0039-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/JUGC/AJR.<br>2 - Informe N° 002-2024-GR-CUSCO-RSC/RSSKPHSJK/OBSTETRICIA/T B.R.   | Verificación documental | 1 - Mediante Informe N° 0039-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/JUGC/AJR, se verifica la realización de las Rondas de Seguridad del paciente correspondientes al I semestre del año 2024 en las UPSS de Hospitalización y Emergencias.<br>2 - Mediante Informe N° 002-2024-GR-CUSCO-RSC/RSSKPHSJK/OBSTETRICIA/T B.R., se verifica el Análisis de Calidad en la Atención Materna y Perinatal del Segundo Trimestre 2024 (FONE: Funciones Obstétricas y Neonatales).  | En el Informe N° 002-2024-GR-CUSCO-RSC/RSSKPHSJK/OBSTETRICIA/T B.R., faltan adjuntar los instrumentos utilizados.  | Mantener de forma periódica los procesos de monitoreo y evaluación de la Calidad para garantizar la organización de los servicios que presta este Hospital.  |
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | El establecimiento tiene identificados aspectos críticos de la prestación y gestión y se han establecido procesos de mejora.<br>(0: Nunca se realiza; 1: Se realiza y el nivel está por debajo de lo esperado; 2: Se realiza y el nivel está acorde a superior a lo esperado)                     | Proceso    | CGP2-8 | 1 | 1 - Informe N° 049-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/JUGC/AJR.<br>2 - Informe N° 057-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/JUGC/AJR.   | Verificación documental | 1 - Mediante Informe N° 049-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/JUGC/AJR, la responsable de calidad reitera a las jefaturas realizar los reportes de efectos adversos para la toma de decisiones e implementación de mejoras.<br>2 - Mediante Informe N° 057-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/JUGC/AJR, la responsable de calidad comunica a las diferentes jefaturas del Hospital, sobre el buen trato a los pacientes, debido a reclamos que se presentaron en el libro reclamaciones en salud de este nosocomio. | Se identifican puntos críticos de la atención del paciente, además se implementan procesos de mejora pero estas no se formalizan documentariamente o no cuenta con la evidencia.<br>Se viene realizando capacitaciones al personal del Hospital "COMPROMISO CON EL BUEN TRATO PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2024", mediante MEMORANDUM MULTIPLE N° 039-2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/RRHH. | La Dirección junto a su equipo de gestión en coordinación con las responsable de Calidad, deberán realizar el análisis de los puntos críticos identificados de la prestación y gestión; así mismo, deberán dejar constancia/evidencia documentada de la implementación de los procesos de mejora.  |

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 406 RED DE SERVICIO DE SALUD  
CUSCO VRAEM

*Raquel Salcedo Ticona*

**E Raquel Salcedo Ticona**  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 59985

HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM

*Ayda Juárez La Rosa*

**Ayda Juárez La Rosa**  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
CEP 3430URNE 1730

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*Patricia Eva Medina Llantop*

**Patricia Eva Medina Llantop**  
C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2





|  |  |           |         |   |  |                         |   |  |  |
|--|--|-----------|---------|---|--|-------------------------|---|--|--|
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | En las áreas/servicios de atención clínica se realizan auditorías de los procesos de atención y estos cumplen con los estándares establecidos para la organización.<br>(0: No ha establecido; 1: Sólo ha identificado aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Proceso   | CGP2-9  | 2 | 1 - Informe N° 26-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEMHSJK-VRAEM-AJGCS/AJR.<br>2 - Informe N° 32-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEMHSJK-VRAEM-AJGCS/AJR. | Verificación documental | 1 - Mediante Informe N° 26-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEMHSJK-VRAEM-AJGCS/AJR, se informa sobre la AUDITORIA 001-2024-GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEMHSJK-VICAS, realizada por el Comité de Auditoría Médica (Primer Trimestre 2024).<br>2 - Mediante Informe N° 32-2024 GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEMHSJK-VRAEM-AJGCS/AJR, se informa sobre la AUDITORIA 002-2024-GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEMHSJK-VICAS, realizada por el Comité de Auditoría Médica |  | Se recomienda a la Dirección y su equipo de gestión la implementación y evidencia documental de las recomendaciones.   |
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización.<br>(0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado) | Proceso   | CGP2-10 | 1 | 1 - Memorandum<br>2 - Libro de Actas   | Verificación            | MEMORANDUM N°272-2024-GR-CUSCO-DRSC/406-RSSCVRAEM-DIR   | No se cuenta con equipo administrativo permanente, además el personal de salud realiza labores asistenciales y administrativas paralelas Hospitalarias y con población asignada. | 1 - Se recomienda a la dirección y su equipo de gestión implementar propuestas de mejora para el logro de las metas institucionales.<br>2 - Se recomienda al Jefe de RR.HH. Gestionar la brecha de RR.HH. Ante los entes correspondientes. |
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones.<br>(0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)               | Proceso   | CGP2-11 | 1 | 1 - Actas de reunión   | Verificación            | 1 - Actas de reunión de socialización de supervisión y evaluación de la Dirección y equipo de gestión.<br>2 - Acta de reunión con los jefes de servicios, responsables y personal en general  | Se socializa a los responsables los resultados de los procesos de supervisión y evaluación, más no de los procesos de auditoría.   | Se recomienda a la Dirección y su equipo de gestión socializar los resultados y recomendaciones de las auditorías a los responsables correspondientes para la toma de decisiones, a fin de obtener logros optimos y/o esperados.           |
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.<br>(0: No es incorporada; 1: Sólo está incorporada la del monitoreo y evaluación; 2: Cumple con todo lo establecido).                                  | Proceso   | CGP2-12 | 1 | 1 - Actas de Reunión<br>2 - ULAE (Unidades Locales de Análisis Epidemiológico)<br>3 - Sala Situacional                                     | Verificación            | 1 - Se evidencia mediante Actas de reunión general, la socialización y análisis del cumplimiento y avance de indicadores, sin embargo, no todos los indicadores se encuentran en los niveles esperados.   | No se cuenta con equipo administrativo permanente, además el personal de salud realiza labores asistenciales y administrativas paralelas Hospitalarias y con población asignada. | 1 - Se recomienda a la dirección y su equipo de gestión. Implementar propuestas de mejora para el cumplimiento de los indicadores.<br>2 - Se recomienda al Jefe de RR.HH. Gestionar la brecha de RR.HH. Ante los entes correspondientes.   |
| El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo | Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados.<br>(0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80% )  | Resultado | CGP2-13 | 1 | 1 - Actas de Reunión   | Verificación            | 1 - Se evidencia mediante Actas de reunión general, la socialización y análisis del cumplimiento y avance de indicadores, sin embargo, no todos los indicadores se encuentran en los niveles esperados.   | No se cuenta con equipo administrativo permanente, además el personal de salud realiza labores asistenciales y administrativas paralelas Hospitalarias y con población asignada. | 1 - Se recomienda a la dirección y su equipo de gestión. Implementar propuestas de mejora para el cumplimiento de los indicadores.<br>2 - Se recomienda al Jefe de RR.HH. Gestionar la brecha de RR.HH. Ante los entes correspondientes.   |

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIO DE SALUD CUSCO - VRAEM

*Raquel Salcedo Ticona*

**E Raquel Salcedo Ticona**  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 58955

HOSPITAL SAN JUAN MIRAFLORES VRAEM

*Patricia Eva Medina Lixitop*

**Patricia Eva Medina Lixitop**  
C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE MIRAFLORES VRAEM

*Patricia Eva Medina Lixitop*

**Patricia Eva Medina Lixitop**  
C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

Kimiri, 11 de Octubre del 2024

**HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM**  
**PROCESO DE ACREDITACION**  
**ACTA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION**

**FECHA** : 04 y 05 de Octubre del 2024  
**REFERENCIA** : MEMORANDUM MULT. N° 0425-2025-GR-CUSCO-DRSC/RSSVRAEM/H.S.J.K-VRAEM/WSG-DIR  
**MACROPROCESO** : ATENCION AMBULATORIA

Previa coordinación con el jefe de consulta externa, se cita para llevar a cabo el proceso de autoevaluación interna del hospital san juan de kimiri vraem, del macroproceso: ATENCION AMBULATORIA, por el equipo evaluador conformado por :M.C. Marvin Ciro Gavilan Rojas, Lic. Enf. Rosa Noa Torres, Contando con la participación del equipo de consulta externa, Dra Sabina Dipas , Lic. Enf. Liz Oscco Yupanqui, Obst Yony Sinzaya, lic ayda Suarez la rosa y lic encargada de Asistenta social del hospital san juan de kimiri. Se da inicio a la autoevaluación el día 04 de octubre de 2024, con la presentación del equipo evaluador, asimismo, se socializa el procedimiento a socializar, durante estos 2 días, se procede a la aplicación del listado de los estándares y sus criterios respectivos, realizando la calificación según la fuente auditable, además se realizan las observaciones y recomendaciones correspondientes, asignando responsabilidades e implementación o mejora de igual forma en los casos de criterios que involucran al establecimiento de salud ( ATA2-1, ATA2-2, ATA2-3). El equipo de consulta externa del HSJK, se compromete a participar activamente de los procesos. Se culmina el proceso de autoevaluación de Consulta externa el día 10 de Octubre del 2024. Se deja una copia del presente acta y los resultados de la ficha de autoevaluación con las respectivas recomendaciones.

Firman al pie dando conformidad los presentes.

  
Liz Oscco Yupanqui  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP. 96997

  
Rosa Noa Torres  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP. 96997

  
Marvin Ciro Gavilan Rojas  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP N° 69551 DNI:47217435

  
Sabina Doris Dipas Torres  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 867221

  
Lic. Melina B. Bustamante  
CTSP 044-RVIII-A  
Trabajadora Social

AUTOEVALUACIÓN - EE.SS.....Nivel II-1

Macroproceso: Atención ambulatoria  
 Evaluador(es):  
 Fecha:  
 Servicio Evaluados:  
 Participantes de la Evaluación  
 Código Estándar: ATA-1 ATA-2 ATA-3 ATA-4

| Estándar  | Criterio   | Tipo_Criterio | Código | Verificadores Referenciales, para la Valoración   | Sustento- Normativo   | Puntaje | Fuente auditable         | Técnica utilizada  | Sustento del   | Observaciones                        | Recomendaciones  |
|---|--|---------------|--------|---|---|---------|--------------------------|--|--|--------------------------------------|--|
| El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria. | El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto.<br>(0: No cuenta/no está actualizado; 1: Está actualizado, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto; 2: Actualizado, cumplido y en todas las áreas de primer contacto).                          | Estructura    | ATA1-1 | 1 Punto:<br>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/RG.<br>2 Puntos, Además:<br>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/RG.       | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1W5jCCm-3-8NZT76vZZc-Lz1Y3c8h-ypd?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1W5jCCm-3-8NZT76vZZc-Lz1Y3c8h-ypd?usp=drive_link</a> | 1       | No cuenta                | Verificación/<br>Documentos;<br>Observación<br>(aplicación de lista de chequeo)                                  |  | No se observa en todos los servicios | Colocar las señalizaciones con letras grandes y visibles para el usuario en atención ambulatoria.  |
| 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.<br>(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:<br>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/RG.<br>2 Puntos, Además:<br>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.   | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1sy4KfAlxpV1kexnQH0E0GzQufcfKthp1?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1sy4KfAlxpV1kexnQH0E0GzQufcfKthp1?usp=drive_link</a> | 1       | No cuenta                | Verificación/<br>Documentos;<br>Observación<br>(aplicación de lista de chequeo)<br>Muestreo/ Encuesta al usuario | Se observa publicada pero no realizada con una lista de chequeo.No cuenta con resolución | No coincide con la realidad          | La cartera de servicio debe de estar actualizada y contar con resolución actual de nivel de hospital II-1.   |
| 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.<br>(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:<br>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 Memo/ RD/RG de asignación de funciones en triaje.<br>2 Puntos, Además:<br>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 esta disponible en el área de recursos humanos.  | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1Hkqv0RwMcJZQ1aX3DX-RiPIT9LVCwa?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1Hkqv0RwMcJZQ1aX3DX-RiPIT9LVCwa?usp=drive_link</a>     | 1       |                          | Verificación/<br>Documentos;<br>Observación<br>(aplicación de lista de chequeo)                                  | No se evidencia documentos   | No se encuentra actualizada          | El personal del área de triaje debe de ser capacitado bajo documento por fide de recursos humanos así ves mantener al personal permanente en el área de triaje.  |
| 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.<br>(0: > a 5%; 1: >0% y <5%; 2: 0%)  | Proceso       | ATA1-4 | 1 Punto:<br>a. Documento oficial que contiene las políticas orientadas a reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria y los resultados estén entre >0% y <5%. Verificar, política que esté aprobado en Acta/ Memo/ RD/RG, los resultados está en un registro/ Informe oficial del EE. SS.<br>2 Puntos, Además:<br>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.  | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1Wlpas15cQn5ehpXmvpz2T83WhtzSOq?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1Wlpas15cQn5ehpXmvpz2T83WhtzSOq?usp=drive_link</a>     | 1       | No cuenta con documentos | Verificación/<br>Documentos  | No se evidencia  |                                      | Revisar el plan de la política a reducir el número de usuarios que no se atienden en atención ambulatoria y se aprueba con Acta/ Memo/ RD/RG, los resultados está en un registro/ Informe oficial del EE. SS.    |
| El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para 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.<br>(0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.). | Proceso       | ATA1-5 | 1 Punto:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>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 las espacios/ mecanismos preferentes en la totalidad de áreas de atención al usuario. | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/10D1gBKAj9tStLUBjW4eDv4OS-Gtaq?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/10D1gBKAj9tStLUBjW4eDv4OS-Gtaq?usp=drive_link</a>       | 1       | No se observa            | Verificación/<br>Documentos;<br>Observación<br>(aplicación de lista de chequeo)                                  | No se evidencia  |                                      | Se cuenta con áreas implementadas para atención preferente pero no en todas las áreas, capacitar al personal sobre la ley n°27408 atención preferencial debe de estar vigente para gestantes niños adulto mayor. |

*[Firma]*  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMP N° 60551 DNI:47217435

*[Firma]*  
 LIC. ENFERMERIA



|   | Criterio  | Tipo Criterio | Código | Verificadores Referenciales, para la Valoración  | Sustento- Normativo   | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada                 | Sustento del     | Observaciones  | Recomendaciones  |
|---|---|---------------|--------|--|---|---------|---|-----------------------------------|------------------|--|--|
| 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.<br>(0: No ha planificado; 1: Ha planificado y cumple parcialmente con cronograma; 2: Ha planificado y cumple plenamente con cronograma)   | Estructura    | ATA2-1 | 1 Punto:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Cuenta con GPC para todas las etapas de vida. Verificar, GPC aprobadas con RD/ RG, según plan aprobado.  | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1x6xQOyDfUExpBQGEpGok3AwAGqoU7w7usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1x6xQOyDfUExpBQGEpGok3AwAGqoU7w7usp=drive_link</a>       | 1       | Guías de practicas clinicas                                   | Verificación/ Documentos          | Libros, formatos | No hay evidencia documento de cumplimiento de cronograma según etapas de vida ni de planificación          | Realizar un plan GPC oficializadas para cada etapa de vida de atención ambulatoria.  |
| 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 cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios.<br>(0: No cuenta con ninguna; 1: Sólo tiene de algunas etapas de vida; 2: Cuenta para todas las etapas)  | Estructura    | ATA2-1 | 1 Punto:<br>a. Evidencia documental 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 Memo/ RD/ RG y Informes de Auditorías de la calidad de atención desarrollados de algunas etapas de vida.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Cumplimiento de las GPC oficiales durante el último año. Verificar, Instrumentos/ de evaluación de cumplimiento de GPC aprobados con Memo/ RD/ RG y Informes de Auditorías de la calidad de atención desarrollados para todas las etapas de vida.                     | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/13Cq0f_GZ2HW95KcAJG1yppQbsOyeK42usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/13Cq0f_GZ2HW95KcAJG1yppQbsOyeK42usp=drive_link</a>       | 0       | Nose observa  | Verificación/ Documentos          |                  | no se evidencia documentos   | responsable de calidad debera realizar seguimiento para la evaluación correspondiente sobre el uso de las guías practica clínica en atención ambulatoria             |
| La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica   | El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC).<br>(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:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>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.  | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1BZHAINWjHyZagh8nLTDuDicMM4qmCKjNK?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1BZHAINWjHyZagh8nLTDuDicMM4qmCKjNK?usp=drive_link</a> | 1       | No hay evidencias de documentos                               | Verificación/ Documentos          |                  | cuenta con informe sobre las verificaciones del usuario informe n°1 2024 expediente fue recibido 3/01/2024 | realizar un plan de trabajo para realizar los lineamientos de las guías practicas clinicas en atención ambulatoria   |
| 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.<br>(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:<br>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%.<br>2 Puntos, Además:<br>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%.                | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1OIF43WtBjYUWgatNVm9-orIQ-EnStqC.?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1OIF43WtBjYUWgatNVm9-orIQ-EnStqC.?usp=drive_link</a>   | 2       | Informe sobre indicadores                                     | Verificación/ Documentos          |                  | se evidencia mediante informe  | Seguir cumpliendo con la atención prenatal para llegar al 100% de atenciones   |
| 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 brinda información a los usuarios según mecanismos establecidos por la institución.<br>(0: No disponible; 1: Disponible para algunos/lo conoce; 2: Está definido/impresso/ y el personal lo conoce).   | Estructura    | ATA3-1 | 1 Punto:<br>a. Se verifica que entre el 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 registro de los resultados de la encuesta.<br>2 Puntos, Además:<br>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 registro de los resultados de la encuesta. | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1LQ3tBqRz b5HeuEuEQSXShm3mBqu1by?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1LQ3tBqRz b5HeuEuEQSXShm3mBqu1by?usp=drive_link</a>     | 1       | se realiza encuesta a pacientes sobre la atención ambulatoria | Verificación/ Documentos Encuesta |                  |  | Brindar informacion a los usuarios de los programas de prevención y promoción de la salud de las diferentes enfermedades prevalentes.                                |
| 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 obstétricas con el fin de buscar ayuda.<br>(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:<br>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.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Estrategias Educativo- comunicacionales/ charlas sistemáticas y periódicas, en el último año. Verificar, Informe de implementación de estrategias Educativo-comunicacionales/ Charlas   | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1Ar1V0-xQAiDAh0ltBeZcq@1K_Qjks?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1Ar1V0-xQAiDAh0ltBeZcq@1K_Qjks?usp=drive_link</a>         | 1       | No se evidencia documentos                                    | Verificación/ Documentos          |                  | falta documentacion  | realizar plan sobre promocion y prevención de salud en la mujer, familia y la comunidad de la capacidad de reconocer signos de alarma y/o complicaciones obstetricas |



**Torres**  
LIC. ENFERMERIA  
CEP. 71359

**MÉDICO CIRUJANO**  
CNP N° 69551 DNI: 47217439



| Ítem  | Criterio   | Tipo Criterio | Código | Verificadores Referenciales, para la Valoración   | Sustento- Normativo   | Puntaje | Fuente auditable                           | Técnica utilizada                 | Sustento del                            | Observaciones | Recomendaciones   |
|---|--|---------------|--------|---|---|---------|--|-----------------------------------|---|---------------|---|
| 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 desarrolla e implementa programas de prevención de las patologías más frecuentes. (0: No tiene programas activos; 1: Tiene programas activos para algunas patologías; 2: Tiene programas para todas las patologías).  | Proceso       | ATA3-6 | 1 Punto:<br>a. Cuenta con el Programa de prevención de patologías más frecuentes, comprende algunas patologías y los implementa. Verificar, Plan/ Progra aprobado Memo/ RD/RG que comprende algunas patologías establecidos en el ASIS y el Informe de implementación.<br>2 Puntos, Además:<br>b. Implementa toda las patologías. Verificar, Informe de implementación de toda las patologías establecidas en el ASIS.  | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1qR9D_Y-jy2fBmX_eUatx2pDeUa0JzDhn?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1qR9D_Y-jy2fBmX_eUatx2pDeUa0JzDhn?usp=drive_link</a> | 1       | No se evidencia informes de implementación | Verificación/ Documentos          |   |               | Se sugiere elaborar un plan estratégico educativo comunicacional de diferentes patologías mas frecuentes                          |
| Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta 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 (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están operativos; 2: Cuenta y son conocidos por el personal y se recogen quejas, sugerencias a diario). | Estructura    | ATA4-1 | 1 Punto:<br>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/RG.<br>2 Puntos, Además:<br>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). | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1ozR1x35S_AEXIF66YxYfqnK2cx8TjH7usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1ozR1x35S_AEXIF66YxYfqnK2cx8TjH7usp=drive_link</a>     | 2       | Actas memorandus                           | Verificación/ Documentos Encuesta | Personal de plataforma asistenta social |               | Señalizar el lugar de plataforma, buzón de sugerencias y libros de reclamaciones de forma visible al usuario                      |
| Se fomenta y se dan facilidades para que el usuario consigne sugerencias o quejas de la consulta 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. (0: No implementa; 1: Implementa, pero no de manera sostenida ni periódica; 2: Cumple con todo lo establecido).   | Proceso       | ATA4-2 | 1 Punto:<br>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/RG y personal asignado para facilitar el registro.<br>2 Puntos, Además:<br>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.  | <a href="https://drive.google.com/drive/folders/1_BUTyURJWYBxKxTEI7WBR4P2sUVTC2z?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1_BUTyURJWYBxKxTEI7WBR4P2sUVTC2z?usp=drive_link</a>   | 1       |  | Verificación/ Documentos Encuesta | responsable de plataforma               |               | Socializar mediante charlas u otras estrategias para que el usuario consigne sus sugerencias o quejas de la atención ambulatoria. |



*[Handwritten Signature]*  
**ROSA NINA TORRES**  
 LIC. ENFERMERIA  
 CEP. 71359

*[Handwritten Signature]*  
**ROSA NINA TORRES**  
 MÉDICO CIRUJANO  
 CMP N° 69551 BNI:47217439

**AUTOEVALUACION - EE.SS SAN JUAN DE KIMBIKI - VRAEM NIVEL II-1**



Macroproceso: Atención de hospitalización  
 Evaluador(es): Lic. Enf. Yanet Marcelo Llactahuaman. / Obst. Lissette Montañez Norabuena.  
 Fecha: 04/ y 06 de octubre del 2024.  
 Servicio Evaluados: HOSPITALIZACIÓN  
 Participantes de la Evaluación: RESPONSABLES DE SERVICIO: Obst. Carmen Huaman Garcia ,Obst. Sussy Nalvarte Quispe. / Lic. Enf. Jhon Atachao Zuñiga, Lic. Enf. Esteban Mendez Calderon.  
 Código Estándar: ATH-1 ATH-2 ATH-3 ATH-4 ATH-5 ATH-7

| Estándar   | Criterio  | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable   | Técnica utilizada                                | Sustento del Puntaje  | Observaciones   | Recomendaciones   |
|--|---|---------------|--------|---------|--|--|---|---|---|
| El establecimiento que cuenta con internamiento, 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 internamiento institucional y por cada uno de los servicios.<br>(0: Nunca identifican; 1: Identifican esporádicamente; 2: Identifican continuamente)   | Estructura    | ATH1-1 | 0       |  |  |   | No se evidencia información.  | 1. Elaborar y realizar el análisis de las 10 primeras causas de internamiento en el servicio de hospitalización.<br>Responsable: Equipo de hospitalización.<br>Tiempo 2 meses.                    |
| El establecimiento que cuenta con internamiento, 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.<br>(0: No consideran; 1: Consideran pero no de manera completa; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Proceso       | ATH1-2 | 1       | INFORME N°006-2024-GR-CUSCO-DRSC/RSSC-VRAEM/HSJK-OBSTETRICIA/LFC-J INFORME N°005-2024-G.R.CUSCO-GRSC/RSSCV-HSJK/JAZ INFORME N°026-2024G.R.CUSCO-GRSC/RSSCV-HSJK/JAZ                                | Revisión / verificación documental               | Informes presentados de los servicios.  | Se evidencia documentos presentados pero se cumple de manera parcial.   | 1. El jefe de la UPS deberá consolidar los informes de los servicios y plantear estrategias de solución.<br>Responsable Jefe de servicio y su equipo. Tiempo: 2 meses.                            |
| El establecimiento que cuenta con internamiento, 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.<br>(0: Nunca formulan, no identifican, ni comunican; 1: Realizan algunas de las acciones; 2: Realizan sistemáticamente todas las acciones)  | Proceso       | ATH1-3 | 1       | HCL, HCPB  | 1. Revisión de H.C.<br>2. Entrevista al usuario. | NORMA TECNICA N°033-MINSA7DGSP-V.01 Atención de Parto con Adecuación Intercultural. |   | 1. Implementar un registro de acompañamiento de la gestante, la pareja y/o la familia.  |
| El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad | La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada.<br>(0: Nunca cumple; 1: A veces cumple; 2: Siempre cumple)   | Proceso       | ATH2-1 | 1       | INFORME N°005-2024 R/02 ABRIL 2024 DE Requerimiento y cuadro de necesidades.   | Verificación documental                          | Cumple con atender las necesidades de manera parcial.                               | Informes presentados a la dirección.                                    | 1. Realizar el seguimiento de los requerimientos de materiales y equipos biomédicos a necesidad de los servicios.   |
| 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.<br>(0: Las jefaturas nunca incentivan; 1: A veces incentivan y aprueban; 2: Incentivan y aprueban las planificadas) | Proceso       | ATH2-2 | 1       | CARTA N°007-2024/PSVY "Infección de las enfermedades urinarias en el embarazo en el HSJK-V" CARTA N° 002-2.24/JUSB "Dengue en Peditria" CARTA N° 007-2024-HSJK-VRAEM/SGO/MLOB "Mastitis puerperal" | Revisión/verificación documental.                | Informes presentados a la dirección de parte de los especialistas                   |   | 1. Socializar la GPC y solicitar la adherencia a la aprobación de parte de la GERESA.<br>Tiempo: 2 meses.<br>Responsable: Jefe de servicio en coordinación con la dirección ejecutiva del HSJK-V. |
| 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.<br>(0: No cuenta con normas relacionadas; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | ATH2-3 | 0       | 1. No se evidencia documentos oficiales de registro de tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente  |  |   | 1. Elaborar documentos oficiales y socializar con el equipo de trabajo. | 1. Elaborar plan de Mejora Continua para establecer y medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente.<br>Responsable: Jefe de servicio.<br>Tiempo: 1 mes.        |

|   |   |            |        |   |   |                                       |   |  |   |
|---|---|------------|--------|---|---|---------------------------------------|---|--|---|
| 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 | 1 | Se verifica que menos del 70% del personal de salud cumple las medidas de bioseguridad en los procedimientos realizados en hospitalización según informe de calidad. INFORME N° 039-2024GR-CUSCO-DRC/RSSC-VRAEM/HSJK-VRAEM/UGCF/AJLR. | Revisión y verificación documentaria  | INFORME N° 039-2024GR-CUSCO-DRC/RSSC-VRAEM/HSJK-VRAEM/UGCF/AJLR |  | 1. El jefe de servicio debe hacer cumplir las normas de bioseguridad en su servicio .<br>1. Tiempo : Inmediato.   |
| 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 | 1 | 1. Libro de registro de infecciones intrahospitalarias y eventos adversos.  | Revisión y verificación documentaria. | NTS N° 163 - MINSVA/2020/CDC                                    | No se encuentra informes y actas de análisis de las IIH y efectos adversos sin embargo si se registran notifican mensual o semanal | 1. Realizar y evidenciar en acta el análisis de IIH y eventos adversos<br>2. Socializar la IIH y eventos adversos ocurridos en el servicio de internamiento.  |
| 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 de decisiones de corresponder. (0: Están por encima; 1: Están a la par; 2: Están por debajo)   | Resultado  | ATH3-3 | 2 | INFORME N° 004-2023 -GRC-GRSC/RSSCV/HSJK-V/CAS.   | Revisión y verificación documentaria  | NTS N° 029-MINSVA/DIGEPRES-V.02                                 | Se evidencia informe de auditoria realizada a los casos mortalidad de enfermedades transmisibles.                                  | 1.Coordinar con el área de calidad y el comité de auditoria del HSJK para socializar los casos de mortalidad de enfermedades transmisibles ocurridos en el servicio.<br>2. Responsable: Jefe de servicio. |
| 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 | 1. INFORME N° 002-2023-G.R.CUSCO/DRSC/RSC-VRAEMP/HSJK/KKHP  | Revisión y verificación documentaria  | NTS N°084-MINSVA/2019.  | Lo realiza el Comité de Prevención de mortalidad Materno Neonatal del HSJK   | 1. Implementar un archivero donde se evidencie los casos auditados por el comité.<br>Responsable : Equipo de trabajo<br>Tiempo: Inmediato..   |
| 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 | 0 |   |                                       | No se cuenta.   | Sin evidencia.   | 1.Elaborar e implementar las guías de las practicas clinicas de las 10 patologias mas frecuentes.<br>Responsable: Jefe de servicio.<br>Tiempo: 3 meses.   |
| 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 N°. 003-2024GR-CUSCO RSC/RSSKP/HSJK/OBSTRICI A/T.B.R.   | Revisión y verificación documentaria  | NT.N°033-MINSVA/DGSP-V.01                                       | 11. Informes de evaluación trimestral y semestral de indicadores (fome) según norma.   |   |
| 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 |   |                                       | NO SE EVIDENCIA   |  | 1. Elaborar e implementar las GPC responsable Jefe de servicio y equipo de especialistas.<br>Timepo 3 meses.  |
| 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 | 1 | CARTA N°006-2024/HSJK-VRAEM/SGO/MLOB #Pre-eclampsia leve"<br>CARTA N°002-2024/FHHH "Embarazo ectópico".<br>INFORME N° 011-2024-GR-JFHH "Aborto incompleto"  | Revisión y verificación documentaria  | Se monitoriza la adherencia de las GPC en un 70%                | Se evidencia documentos presentados por los especialistas de las complicaciones obstetricas.                                       | 1. Socializar las GPC<br>Responsable: Jefe de especialistas y personal de salud<br>Tiempo: 2 meses.   |

|   |   |            |        |   |  |  |   |   |  |
|---|---|------------|--------|---|--|--|---|---|--|
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se conoce; 2: Siempre se evalúa y se comunica el informe)  | Estructura | ATH4-5 | 1 | INFORME N° 003-2024-GR-CUSCO-RSC/RSKP/HSJK/OBSTETRIC IWTBR.  | Verificación y revisión documental.  |   | Se auditan las HC pero no toman acciones para mejorar los procesos. | 1. Implementar un acta socialización de las auditorías de HC y registrar acciones a tomar para mejorar procesos. Responsable: Equipo de internamiento. Plazo: 1 mes.                                   |
| 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.<br>(0: <50% recibe y comprende la información; 1: >50,1% y <80% recibe y comprende; 2: >80,1% recibe y comprende la información)  | Resultado  | ATH5-1 | 1 | INFORME N° 039-2024GR-CUSCO-DRC/RSSC-VRAEM/HSJK-VRAEM/UGCF/AJLR.   | Verificación documental  | Informes presentados por el área de calidad.                                  |   | 1. El equipo de hospitalización debe mejorar la información que se brinda al usuario referente a procedimientos, diagnósticos y tratamiento. Responsable: Equipo de hospitalización. Tiempo inmediato. |
| 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.<br>(0: No contienen; 1: Contienen pero no en toda la muestra 2: Sí contiene en toda la muestra)   | Proceso    | ATH5-2 | 2 | Historias clínicas.  | Revisión y verificación de las HC  | Cumple lo establecido.  |   |  |
| 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.   | Proceso    | ATH7-1 | 2 | INFORME N° 039-2024GR-CUSCO-DRC/RSSC-VRAEM/HSJK-VRAEM/UGCF/AJLR.   | Revisión y verificación documental.  |   | Informe FONE trimestral. Informe calidad semestral.                 |  |
| 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 ésta.<br>(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 | PAUS, Libro de quejas y reclamo. Aplicativo de quejas y reclamo. Registro de quejas y Reclamo. Informe de quejas y reclamos. Respuesta y análisis de quejas y reclamos que se realiza. | Verificación documental, Revisión del registro, del aplicativo, del informe. Observación | DS 002-2019-SA  |   |  |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no garantiza su cumplimiento; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | ATH7-3 | 2 | MEMORANDUM MULT N°246-2023-GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/H.S.J.K/E RST-D   | 1. Verificación documental y observación   | Se evidencia el horario diferenciado al ingreso del establecimiento de salud. |   | 1. Implementar registro de información al usuario como fuente de verificación que se cumpla. Responsable: jefe de servicio. Tiempo: 7 días.  |
| 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.<br>(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 | 2 | Historias clínicas   | 1. Revisión y verificación de historias clínicas   | NT 139- MINSa de Salud para la gestión de las Historias Clínicas.             | Se tomaron 3 HC de manera alatoria para su revisión.                | 1. Implementar con el formato para la adherencia de GPC.   |





|   |  |           |        |   |   |  |  |  |  |
|---|--|-----------|--------|---|---|--|--|--|--|
| El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento | Se realizan auditoria interna a eventos adversos segun norma y se implementan recomendaciones.<br><b>(0: No se registra; 1: se registra ,el manejo no es el consensuado en las GPC)</b>  | Resultado | ATH7-6 | 1 | INFORME N° 039-2024GR-CUSCO-DRC/RSSC-VRAEM/HSJK-VRAEM/UGCF/AJLR.  | 1. Verificación y revisión documentaria.                         | Se realiza las auditorias interna qaa eventos adversos por la responsable de calidad pero no se socializa. |  | 1 Socializar con el equipo area de internamiento para su evaluación, análisis i y recomendaciones para mejorar la efectividad de las atenciones.<br>Responsable: Area de calidad y jefe de hospitalización.<br>2. Tiempo: 1 mes. |
| El establecimiento de salud evalúa la eficiencia y efectividad de las atenciones de internamiento | Los planes de trabajo contenidos en las historias Se registran y evaluan la satisfaccion del usuario en la atencion del parto y el nivel es el esperado por la institucion.<br><b>(0:Nunca lo realizan; 1:A veces se realizan; 2:Siempre se realizan.)</b> | Resultado | ATH7-7 | 2 | 1. INFORME N° 003-2024-GR-CUSCO-RSC/RSSKP/HSJK/OBSTETRI CIA/T.B.R. 2. INFORME 043-2024-GR-CUSCO-GRSC/VRAEM/HSJK-VRAEM/UGCS/AJLR | 1 Revisión y verificación de documento DS N°001-MINSA/DGSP-V.02. | Informes presentados por la responsable del FONE.  |  |  |



*Yanet*  
**Yanet Marcelo Llactahuamán**  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 CEP. 50026 - RNE.17399

*Carla*  
**Carla E. Hernández García**  
 OBS:  
 C.O.P. 21402

*Esteban*  
**Esteban Méndez Calderón**  
 CEP. 46350

*Lissette*  
**Lissette Montañez Norabuer**  
 OBSTETRA  
 COP- 1994

*Susy*  
**Susy Salvarte Quispe**  
 OBSTETRA  
 COP. 30345 - RNE 3237-E 02

**AUTOEVALUACION - EE.SS: HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI-VRAEM....Nivel II-1**

Macroproceso: Atención de emergencias  
 Evaluador(es): Obsta Ketti Gutierrez Rondán,Obsta Patricia Medina Llantop.  
 Fecha: 7/10/2024  
 Servicio Evaluados: UPSS EMERGENCIAS  
 Participantes de la Evaluación: M.C. Lourdes, Lic.Helen Bautista Espinoza , Téc.Miguel Miranda Mendoza, Téc. Zayni Quispe Huicho  
 Código Estándar: EMG-1 EMG-2 EMG-3

| Estándar   | Criterio  | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable   | Técnica utilizada           | Sustento del           | Observaciones   | Recomendaciones   |
|--|---|---------------|--------|---------|--|-----------------------------|------------------------|---|---|
| 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.<br>(0: No está señalado; 1: Está señalado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de Interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | EMG1-1 | 0       | UPSS de Emergencia, no tiene señalado  | Observación                 | D S.Nr 013-2006-SA     | Informa pero no esta establecido ni documentado                                   | Implementar mecanismo de información al usuario. Plazo 15 días  |
| 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 respeto de la interculturalidad según realidad locales.<br>(0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de | Estructura    | EMG1-2 | 2       | Cartel de Derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia | Observación                 | R.M.Nro 386-2006/MINSA | Tiene cartel, avisos pero son pequeños  | Implementar en carteles mas grandes, para visibilizar el enfoque intercultural Plazo 15 días  |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | EMG1-3 | 2       | Rol de Turnos en emergencia  | Observación                 | R.M.Nro 386-2006/MINSA | Tener impreso el rol conforme se vaya modificando                                 | Solicitar e Implementar carteles mas grandes o pizarra acrílica mas grande. Tener Impreso los roles del personal que rota, hacer el rol por UPSS. Inmediato |
| 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.<br>(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 | 0       | No cuenta por etapas de vida   | Verificación                | R.M.Nro.516-2005/MINSA | Cuenta con guias de practica clinica no socializadas y no son por etapas de vida. | Implementar un area de todos las guias de atención, accesibles al personal y realizar por etapas de vida. Plazo 3 meses                                     |
| El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo. | El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias.<br>(0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Implementa en todas las muestras)   | Estructura    | EMG1-5 | 1       | Certificado de capacitaciones en emergencias   | Verificación, Observaciones | D.S.Nr.005-2006-SA     | Personal se autocapacita, sigue cursos autofinanciados                            | Gestionar e Implementar capacitaciones al personal de emergencia por competencias.3 meses   |
| El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo. | El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.).<br>(0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.).   | Estructura    | EMG1-6 | 1       | Pacientes por emergencia atendidos   | Verificación, Observaciones | R.M.Nro386-2006-MINSA  | No se ha definido documentariamente, sin embargo cumple parcialmente la atención  | Implementar medidas para garantizar la atención del paciente. Plazo 15 días   |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

Patricia Eva Medina Llantop  
 C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

Ketti Gutierrez Rondan  
 C.O.P.: 26590



|  |   |            |        |   |  |                           |                                |   |   |
|--|---|------------|--------|---|--|---------------------------|--------------------------------|---|---|
| El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.             | El servicio de emergencia cuenta con equipamiento, medicamentos e insumos para la atención de las emergencias y son de inmediata disponibilidad.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura | EMG2-1 | 2 | Vitrina de Medicamentos Coche de Paro implementado para emergencias    | Verificación, Observación | Ups de Emergencia implementada |   | Presentar Requerimiento de faltantes.   |
| El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.             | El servicio de emergencia cuenta con el equipamiento (silla de ruedas, camillas, etc.) para la recepción y traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible para atención inmediata/ o está incompleto; 2: Cumple con todo lo establecido)                | Estructura | EMG2-2 | 2 | Cuenta con equipamiento, silla de ruedas, camillas, coche de paro, etc | Observación               | Ups de Emergencia implementada |   | Mantener upps implementada  |
| El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.             | Los equipos de telecomunicaciones están operativos las 24 horas del día y los 365 días del año.<br>(0: No cuenta, 1: Si cuenta, pero no es accesible, 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | EMG2-3 | 1 | celular del ee.ss  | Verificación, Observación | Celular, a veces inoperativos  |   | Cumplir con responsabilidad de mantener celular operativo, permanentemente              |
| El servicio de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.             | El establecimiento dispone de ambulancia operativa para trasladar pacientes las 24 horas del día y los 365 días al año.<br>(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 | EMG2-4 | 1 | Dispone de ambulancia  | Verificación, Observación | Ambulancias insuficientes      | Se realiza coordinaciones para apoyo con ambulancias de los demás establecimientos de salud | Gestionar la adquisición de ambulancia y de pilotos para garantizar las 24 horas        |
| 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.<br>(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 | Cuenta con personal de salud para la atención                          | Verificación, Observación | Cumple con todo lo establecido |   | Gestionar la disponibilidad de medicos especialistas para emergencias las 24 horas      |
| 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.<br>(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 | Triage por personal de salud   | Observación               | Cumple con todo lo establecido | Personal Técnico también realiza el triaje  | Disponer que el triaje se realice por personal profesional de salud, siempre            |
| 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.<br>(0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)  | Resultado  | EMG3-2 | 2 | Historias Clínicas, cuentan con las atenciones, procedimientos y Dx    | Verificación              | Cumple con lo establecido      |   | Letra legible en las historias Clínicas, siempre  |
| 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.<br>(0: Resultado <60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado >80%)   | Resultado  | EMG3-3 | 2 | Continuidad de la atención, pacientes atendidos, Rol de personal       | Verificación, Observación | Cumple con lo establecido      | Equipo básico completo  | Gestionar contratación para medicos especialistas en emergencia. Requerimiento 15 días. |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*[Firma]*  
Patricia Eva Medina Llanos  
C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*[Firma]*  
Ketti Gutiérrez Rondán  
C.O.P.: 26590



GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional de  
Salud

Red de Servicios de Salud  
Cusco VRAEM

Hospital San Juan  
de Kimbiri-VRAEM



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**INFORME N° 018- 2024 - GR- CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/HSJKVRAEM/BCOSAN-ERST**

**A** : Med.Cir. **WILMAN SALCEDO GARAYAR**  
Director del Hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM.

**DE** : Med.Cir. **ESTHEFANY RAQUEL SALCEDO TICONA**  
Jefe Banco de Sangre del Hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM.

**ASUNTO** : INFORME DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION DEL  
MACROPROCESO: ATENCION QUIRURGICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE  
KIMBIRI VRAEM, II-1.



**REFEENCIA** : MEMORANDUM MULT. N° 0425-2025-GR-CUSCO-DRSC/RSSVRAEM/H.S.J.K-VRAEM/WSG-DIR

**FECHA** : Kimbiri, 30 de septiembre del 2024.

Me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente, a la vez mediante el presente hacer llegar el informe de RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION DEL MACROPROCESO: ATENCION QUIRURGICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM, II-1, llevado a cabo el 29 y 30 de los presentes, a cargo de las Evaluadoras: Med. Cir. Esthefany Raquel Salcedo Ticona, Lic. Enf. Yanet Marcelo Lactahuaman y Obst. Lizbeth Flores.

Cabe mencionar, que se aplicó el listado de los estándares y sus criterios respectivos (ATQ) según las normativas vigentes, así mismo, realizó la calificación según la fuente auditable, las observaciones y recomendaciones correspondientes, asignando responsabilidades y plazos para su cumplimiento, implementación o mejora.

**IMAGEN N° 01 HSJK VRAEM: PRESENTACION E INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUCION EN CENTRO QUIRURGICO DEL HSJK VRAEM, 30 SEP-2024**



Cc:  
Archivo  
HSJK-VRAEM  
ERST/erst

Dirección: Sector Aeropuerto Mz. F3 Lote. N°01  
Prolongación. Av. Aeropuerto S/N.  
Hsjk\_vraem@hotmail.com Cel: 966603541

"La Libertad y la Salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan"

**AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM, Nivel II-1**

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Macroproceso:                  | Atención quirúrgica   |
| Evaluador(es):                 | DRA. ESTHEFANY RAQUEL SALCEDO TICONA<br>OBST. LIZBETH FLORES CONTRERAS<br>LIC. ENF. YANET MARCELO LLACTAHUAMAN  |
| Fecha:                         | 29 Y 30 DE OCTUBRE DEL AÑO 2024   |
| Servicio Evaluados:            | CENTRO QUIRURGICO   |
| Participantes de la Evaluación | DR. CRISTIAN DIAZ BARRENECHEA<br>ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA<br>LIC. ENF. MAYNEL HUAMAN HUACHACA<br>ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO<br>LIC. ENF. ANADEO CAMPO CARDOSO<br>ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO<br>LIC. ENF. GRACIELA CASTILLA VILLACORTA<br>ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO<br>LIC. ENF. YORDY VARGAS ALANYA |
| Código Estándar:               | ATQ-1 ATQ-2 ATQ-3 ATQ-4   |

| Estandar  | Criterio  | Tipo_Criterio | Código criterio | Puntaje | Fuente auditable                                    | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje   | Observaciones  | Recomendaciones Responsable   |
|---|---|---------------|-----------------|---------|---|-------------------------|--|--|---|
| El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas | Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico.<br>(0: No se cuenta con POA; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con lo establecido)  | Estructura    | ATQ1-1          | 0       |   | VERIFICACION            | NO SE CUENTA CON POA   | SE CUENTA CON "PLAN OPERATIVO DE CENTRO QUIRURGICO" 2022, ingresada con un INFORME N°006-2022. EXPEDIENTE FUE RESVIDO 14/02/2022, FOLIO 28. SIN EMBARGO NO CUENTA CON PLAN ACTUALIZADO O EN PROCESO. | ELABORACION DE PLAN DE ACTIVIDADES QUE DEBERA INGRESAR POR MESA DE PARTES PARA SU APROVACION PARA EL 20/10/2024 A CARGO DE JEFE DE CENTRO QUIRURGICO Y SU EQUIPO.   |
| 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.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible; 2: Se cumple con lo establecido)  | Estructura    | ATQ1-2          | 0       |   | Verificacion/Revision   | NO SE CUENTA   | NO SE EVIDENCIA  | 1.-ELABORACION DE MAPRO. NOVIEMBRE DEL 2024, JEFE DE CENTRO QUIRURGICO Y SU EQUIPO, SE COMPROMETEN A REALIZAR EN UN TIEMPO DE 3 MESES.<br>2.-RESPONSABLE: JEFE DE CENTRO QUIRURGICO Y SU EQUIPO.              |
| 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 anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología).<br>(0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con todo lo establecido)        | Estructura    | ATQ1-3          | 2       | HISTORIA CLINICA, ARCHIVADOR DE RECORD DE ANESTESIA | REVISION / VERIFICACION | SE CUMPLE CON TODO LO ESTABLECIDO  | ARCHIVADORES SIN ROTULO  | 1.-RENOBRAR SUS ARCHIVOS<br>2.- RESPONSABLE: EQUIPO SE SOP<br>3.- A PARTIR DE LA FECHA  |
| El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas | El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia.<br>(0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Cumple con lo establecido)  | Estructura    | ATQ1-4          | 0       |   |                         |  | SE REALIZA, SOLO COORDINACION VERBAL   | 1.-IMPLEMENTAR UN ROL DIARIO DE ASIGNACION DE SALAS Y GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE ELAS PARA CASOS DE URGENCIA, SEGUN CORRESPONDA<br>2.- RESPONSABLE: JEFE DE CQ Y SU EQUIPO<br>3.- A PARTIR DE 01/10/2024 |
| El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas | Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación).<br>(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          | 1       |   | REVISION / VERIFICACION | Tiene un rol diario, pero no garantiza la disponibilidad de la sala para casos de urgencia | CUENTA, PERO SOLO DE PERSONAL DE ENFERMERIA, FALTA LA DISPONIBILIDAD, PROGRAMACION DE ANESTESIOLOGOS   | 1.-INCLUIR EL ROL DEL PROFESIONAL ANESTESIOLOGO DE FORMA MENSUAL DEVIDAMENTE SELLADO POR EL JEFE Y RESPONSABLE DE RR.HH<br>2.- RESPONSABLE: JEFE DE CQ Y SU EQUIPO<br>3.- A PARTIR DE 01/10/2024              |



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 U.E. UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD  
 CUSCO VRAEM  
**E Raquel Salcedo Ticona**  
 MEDICO CIRUJANO  
 C.M.P. 59957

.....  
**Yanet Marcello Llactahuaman**  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 CEP. 50026 - R.NE. 17399

.....  
**Lizbeth Flores Contreras**  
 OBSTETRA  
 C.O.P. 34511

.....  
**Graciela Castilla Villacorta**  
 ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO  
 CEP 83914 RNE 26315

.....  
**Maynel Huaman Huachaca**  
 CEP. 69045 - RNE 022295  
 Mg. Gestión Pública

.....  
**CRISTIAN DIAZ BARRENECHEA**  
 ANESTESIOLOGIA  
 CMP: 57347 RNE. 3186A

|  |   |            |        |   |   |                         |                              |   |   |
|--|---|------------|--------|---|---|-------------------------|------------------------------|---|---|
| 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 registra.<br>(0: No lo realiza; 1: Lo realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)   | Proceso    | ATQ2-1 | 2 | 1.- LISTA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE CIRUGIA<br>2.-LISTA DE CHECK LIST DE SALA DE OPERACIONES<br>3.-HISTORIA CLINICA | REVISION / VERIFICACION | CUMPLE CON LO ESTABLECIDO    | ROTULO INCOMPLETO DE REGISTRO   | 1.-MEJORAR EN EL ROTULO DE REGISTRO<br>2.- LICENCIADOS DE ENFERMERIA<br>3.- A PARTIR DE LA FECHA  |
| 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.<br>(0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido) | Proceso    | ATQ2-2 | 2 | 1.-REGISTRO DE CONSUMO DE MATERIALES E INSUMOS EN EL ACTO QUIRURGICO<br>2.-HISTORIA CLINICA                               | REVISION / VERIFICACION | CUMPLE CON LO ESTABLECIDO    | LETRA ILEGIBLE  | LETRA LEGIBLE, TODO EL EQUIPO, A PARTIR DE LA FECHA   |
| 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.<br>(0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)                                       | Proceso    | ATQ2-3 | 2 | 1.- HISTORIA CLINICA<br>2.- FICHA DE RECUPERACION POST ANESTESICA   | REVISION / VERIFICACION | CUMPLE CON LO ESTABLECIDO    | FICHA DE RECUPERACION POST ANESTESICA TIENE VACIOS DESCRIPTIVOS (HORA Y FECHA DESORDENADOS)         | 1.-PROPONER, ADECUAR Y APROBAR DE FORMATO CON DISEÑO ORDENADO DE LA FECHA Y HORA, Y OTROS PARAMETROS<br>2.- EQUIPO DE SOP<br>3.-PLAZO: 20 DIAS A PARTIR DE LA FECHA   |
| 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.<br>(0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo todo establecido)  | Proceso    | ATQ2-4 | 1 |   | REVISION / VERIFICACION |                              | SE REALIZA, PERO NO ESTA SISTEMATIZADO.   | 1.-EL EQUIPO DE SOP DEBERA COORDINAR CON LA RESPONSABLE DE CALIDAD PARA REALIZAR LA MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA PARA EL TRASLADO DE PACIENTE DEL CENTRO QUIRURGICO A HOSPITALIZACION Y OTROS SERVICIOS.<br>2.-SE DEJA UN MODELO DE MEDICION DE TIEMPO DE ESPERA PARA SU IMPLEMENTACION.<br>3.- RESPONSABLE: LIC. EN ENFERMERIA DE SOP<br>4.- PLAZO: OCTUBRE 2024 |
| El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos   | La historia clínica contiene los formatos oficiales para el control del acto quirúrgico.<br>(0: No contiene ninguna; 1: Los contiene, pero no en toda la muestra; 2: Los contiene en toda la muestra)   | Estructura | ATQ3-1 | 2 | LIBRO DE REPORTE OPRETARORIO<br>HISTORIA CLINICA  | REVISION / VERIFICACION | SI CUMPLE CON LO ESTABLECIDO | LETRA ILEGIBLE  | 1.-MEJORAR CALIGRAFIA<br>2.-TODO EL EQUIPO<br>3.- A PARTIR DE LA FECHA  |
| El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos   | La evaluación preanestésica es registrada en la historia clínica en el formato correspondiente.<br>(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 | HISTORIA CLINICA  | REVISION / VERIFICACION | SI CUMPLE CON LO ESTABLECIDO | LETRA ILEGIBLE  | 1.-MEJORAR CALIGRAFIA<br>2.-TODO EL EQUIPO<br>3.- A PARTIR DE LA FECHA  |
| El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos   | Los formatos de la atención anestésica contienen la información del acto anestésico y las complicaciones.<br>(0: No la contienen; 1: La contienen, pero no en toda la muestra; 2: Cumple con lo establecido en toda la muestra)   | Proceso    | ATQ3-3 | 2 | 3 HISTORIAS CLINICAS ALEATORIAS   | REVISION / VERIFICACION | SI CUMPLE CON LO ESTABLECIDO |   |   |
| El acto quirúrgico se brinda según los procedimientos establecidos   | El formato de informe quirúrgico contiene la información del acto de acuerdo con lo establecido.<br>(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 | LIBRO DE REPORTE OPRETARORIO  | REVISION / VERIFICACION | SE CUMPLE CON LO ESTABLECIDO | 1.- SE HAN VERIFICADO 3 HISTORIAS CLINICAS DE FORMA ALEATORIA<br>2.-SE IDENTIFICA DATOS INCOMPLETOS | 1.- LLENAR TODOS LOS ITEM DEL FORMATO SEGUN CORRESPONDA Y POR EL MEDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE DEL ACTO QUIRURGICO.<br>2.- A SU VEZ, EL EQUIPO DE SOP DEBERA VERIFICAR EL LLENADO CORRECTO.<br>3.- PLAZO: A PARTIR DE LA FECHA  |



*and*  
**CRISTIAN DIAZ BARRENECHEA**  
 ANESTESIOLOGIA  
 CMP: 57347 RNE 31864

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 REGIONAL DE SALUD  
 CENTRO DE SERVICIO DE SALUD  
 CUSCO - VRAEM  
*Esmeralda*  
**E Raquel Salcedo Tiganá**  
 MEDICO CIRUJANO  
 S.M.P. 69045

*Mayra*  
**Lic. Mayra Huaman Huachaca**  
 CEP. 69045 - RNE 022295  
 Lic. Cortián Bihlra

*Yanet*  
**Yanet Marcelo Llactahuamán**  
 LICENCIADA EN ENFERMERIA  
 CEP. 50026 - RNE.17399

*Lizbeth*  
**Lizbeth Flores Contreras**  
 OBSTETRA  
 C.O.P. 34511

*Graciela*  
**Graciela Castilla Villacorta**  
 ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO  
 C.E.P. 83914 R.N.E. 26315



|  |  |            |         |   |   |                         |  |  |  |
|--|--|------------|---------|---|---|-------------------------|--|--|--|
| 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 | 0 |   | ENTREVISTA              |  |  | 1- LA RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI DEBERÁ COORDINAR CON LA DIRECCION DEL HOSPITAL Y EQUIPO DE CENTRO QUIRURGICO PARA LLEVARSE A CABO DICHO PROCESO.<br>2- PLAZO: OCTUBRE 2024.  |
| 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 | ACTA DE EVALUACION DE INDICADORES HOSPITALARIOS | REVISION / VERIFICACION | SE REALIZA LA EVALUACION DE INDICADORES HOSPITALARIOS, PERO NO DE MANERA PERIODICA | 1- NO SE VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PARAMETROS DEFINIDOS.<br>2- SIN EMBARGO SE RELIZAN MEDIDAS CORRECTIVAS DE FORMA GENERAL   | 1- REALIZAR LA EVALUACION PERIODICA PREVENTIVA COMO ESPECIFICA ESTE CRITERIO.<br>2- RESPONSABLES: DIRECCION DEL HOSPITAL Y SU EQUIPO DE GESTION.<br>3- PLAZO: TRIMESTRAL   |
| 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 |   | ENTREVISTA              | NO SE REALIZA  |  | 1-IMPLEMENTAR PLANES DE MEJORA CONTINUA.<br>2-SE RECOMIENDA A LA DIRECCION DEL HOSPITAL, ORDENAR A QUIEN CORRESPONDA DICHO PROCESO.<br>3- PLAZO: 3 MESES   |
| 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  | 1 | HISTORIA CLINICA - CONSENTIMIENTO INFORMADO     | REVISION / VERIFICACION | SE REALIZA PERO NO SE REGISTRA COMO TAL EN LA HISTORIA CLINICA.                    | SE HAN REVISADO LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE DIFERENTES SERVICIOS Y SOLO EN EL FORMATO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA EN EL PUNTO (7) DETALLA "SE INFORMARA A LA PACIENTE Y/O AL RESPONSABLE LEGAL EN FORMA CONSTANTE Y OPORTUNA ACERCA DE LA EVOLUCION"; SIN ENVARGO EN NINGUN FORMATO SE ESTABLECE POLITICAS DE CONFIDENCIALIDAD. | 1- SE LE RECOMIENDA UNIFICAR Y/O ESTANDARIZAR EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL HOSPITAL Y SE REGISTRE LA CONFIDENCIALIDAD<br>2- RESPONSABLES: AL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HOSPITAL.<br>3- PLAZO: 2 MESES |
| 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 | 1- HISTORIA CINICA<br>2- REPORTE OPERATORIA     | REVISION / VERIFICACION | CUMPLE CON LO ESTABLECIDO  |  |  |



GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 406 RED DE SERVICIO DE SALUD  
CUSCO - VRAEM  
*[Signature]*  
**E Raquel Salcedo Ticona**  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.P. 59955

*[Signature]*  
**Yanet Marcelo Llactahuamán**  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CEP. 50026 - R.N.E. 17399

*[Signature]*  
**Lizbeth Flores Contreras**  
OBSTETRA  
C.O.P. 34511

*[Signature]*  
**Graciela Castilla Villacorta**  
ENFERMERA EN CENTRO QUIRURGICO  
C.E.P. 83314 - R.N.E. 26315

*[Signature]*  
**Dr. Víctor Huamani Huancapaca**  
CEP 69045 - RNE 022295  
Mg. Gestión Pública

*[Signature]*  
**CRISTIAN DIAZ BARRENECHA**  
ANESTESIOLOGIA  
CMP: 57347 RNE: 31884



Kimiri, 30 de septiembre del 2024

## HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

### PROCESO DE ACREDITACION

### ACTA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION

**FECHA** : 29 Y 30 DE SEPTIEMBRE, 2024

**REFERENCIA** : MEMORANDUM MULT. N° 0425-2025-GR-CUSCO-DRSC/RSSVRAEM/H.S.J.K-VRAEM/WSG-DIR

**MACROPROCESO** : ATENCION QUIRURGICA

Previa coordinación con el Jefe de Centro Quirúrgico, se cita para llevar a cabo el proceso de Autoevaluación Interna del Hospital San Juan de Kimiri VRAEM, del Macroproceso: Atención Quirúrgica (ATQ), por el Equipo Evaluador conformado por: Med. Cir. Esthefany Raquel Salcedo Ticona, Lic. Enf. Yanet Marcelo Llactahuaman y Obst. Lizbeth Flores Contreras, contando con la participación del Equipo de Centro Quirúrgico: Dr. Cristian Díaz Barrenechea (Jefe-Médico especialista en Especialista en Anestesiología), Lic. Enf. Maynel Huaman Huachaca (Enfermería en Centro Quirúrgico), Lic. Enf. Amadeo Campo Cardoso (Enfermería en Centro Quirúrgico), Lic. Enf. Graciela Castilla Villacorta (Enfermería en Centro Quirúrgico) y Lic. Enf. Yordy Vargas Alanya.

Se da inicio a la autoevaluación, el día domingo 29 de los presentes, con la presentación del equipo evaluador, así mismo, se socializa el procedimiento a realizar durante estos 2 días; se procede a la aplica del listado de los estándares y sus criterios respectivos, realizando la calificación según la fuente auditable, además se realizan las observaciones y recomendaciones correspondientes, asignando responsabilidades y plazos para su cumplimiento, implementación o mejora. De igual, forma en los casos de criterios que involucran al establecimiento de salud (ATQ 4-1, ATQ 4-2, ATQ 4-3), nos hemos entrevistado vía telefónica con la Responsable de Calidad del Hospital San Juan de Kimiri VRAEM, para su calificación y procedimientos que correspondan.

El equipo de Centro Quirúrgico (Cx. Qx.-SOP) del Hospital San Juan de Kimiri, se compromete a participar activamente de los procesos, así mismo, hacer la réplica a sus pares debido a su programación de rol sincrónica a fin de cumplir con los plazos establecidos. Se culmina la Autoevaluación de la Atención Quirúrgica el lunes 30 de los presentes. Se deja 01 copia del presente acta y los resultados de la Ficha de autoevaluación con sus respectivas recomendaciones.


Firman al pie dando conformidad los presentes.

  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
U.E. 104 RED DE SERVICIO DE SALUD  
CUSCO VRAEM

  
E. Raquel Salcedo Ticona  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.P. 59955

  
MAYNEL HUAMAN HUACHACA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CEP. 69045 - RNE 022295  
Mg. Gestión Pública

  
Yanet Marcelo Llactahuaman  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CEP. 50026 - RNE. 17399

  
CRISTIAN DIAZ BARRENECHA  
ANESTESIOLOGIA  
CMP. 57347 RNE. 31864

  
Lizbeth Flores Co  
OBSTETR  
C.O.P. 3451

  
Graciela Castilla Vi  
ENFERMERIA EN CENTRO Q  
C.E.P. 83914 R.N.E. 2

**AUTOEVALUACIÓN - EE.SS Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM..Nivel II-1**

Macroproceso: Referencia y contrarreferencia  
 Evaluador(es): Obstta Patricia Eva Medina Liontop, Obstta Silvia Mendoza Romero  
 Fecha: 5/10/2024  
 Servicio Evaluados: SISTEMA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS  
 Participantes de la Evaluaci: Obstta Gloria Pariona Garcia  
 Código Estándar: RCR-1 RCR-2 RCR-3 RCR-4

| Estándar   | Criterio   | Tipo Criterio | Código | Pu | Fuente auditable   | Técnica utilizada                      | Sustento del   | Observaciones   | Recomendaciones   |
|--|--|---------------|--------|----|--|--|--|---|---|
| El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.         | El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias 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  | Memo.Mul 273-2024-GRC-GRSC/UE.406-RSSC/VRAEM-DIR   | Verificación Documentaria              | R.M.Nro.721-2004/MINSA   | Tiene documentando los flujos de referencias y por niveles  | Se sugiere implementar para el proceso propio de las Referencias y Contrarreferencias, es decir detallar las actividades y responsabilidades. Plazo 15 días               |
| El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.         | El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales 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 | 1  | 1.-Contrarreferencias con todos los establecimientos de salud.2.- llamadas por vía celular a los establecimientos de salud 3.- Reuniones y acuerdos con Hospital San Francisco | Verificación Documentaria, Observación | R.M.Nro.721-2004/MINSA   | Realizar reuniones de coordinación y seguimiento permanente de los acuerdos   | Se sugiere documentar a través de registros el seguimiento via celular, Documentar con Acuerdos Extrainstitucionales, Hospital San Francisco, Clínicas, etc. Plazo 7 días |
| El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.         | El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | RCR1-3 | 1  | REFCON, Responsable realiza llamadas telefonicas en los turnos administrativos.  | Verificación Documentaria, Observación | R.M.Nro.721-2004/MINSA   | Persona responsable no es exclusivo para el SRC cumple labor asistencial  | Implementar con Recurso Humano disponible solo para SRC, a fin de realizar seguimiento de los pacientes referidos. Requerimiento a presentar 7 días.                      |
| El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.         | El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. (0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias; 1: Si cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido) | Estructura    | RCR1-4 | 2  | Cuenta con formatos impresos en Emergencia, Consulta Externa, Centro Obstetrico, Hospitalización   | Observación                            | R.M.Nro.721-2004/MINSA   |   | Garantizar la impresión necesaria, haciendo requerimientos oportunos. Requerimiento 2025 plazo 15 días.   |
| El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios. | 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  | Cuenta con rol de programación   | Observación                            | Rol de personal  | retenes, no se cumple al100%  | Jefaturas deben preveer ante cambios o renuncias.   |
| 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 | 1  | Se dispone, sin embargo no es suficiente para las 24 horas, todos los días. Registro hay coordinaciones con otros establecimientos para que acudan en apoyo al traslado        | Observación, Verificación documentaria | Registro de Referencias y Contrarreferencias, Vale de Combustible de salida de vehículos | de 3 ambulancias, 01 esta equipada y operativa, 2da ambulancia semiequipada y operativa y la 3 no operativa, no equipada. Dada la demanda no se abastece y se tiene que llamar a otros ee.ss. | Gestionar la adquisición de Ambulancia, tipo II. Presentar o reiterar requerimiento. Plazo 15 días  |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM  
 Patricia Eva Medina Liontop  
 C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI - PICHAS  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM  
 Gloria E. Pariona Garcia  
 COP. 18367 - RNOE: 4378 - E.09.2  
 DNI: 28274425



|  |  |            |        |   |   |                           |   |  |  |
|--|--|------------|--------|---|---|---------------------------|---|--|--|
| 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 mejorarlos.<br>(0: No ejecuta ninguna acción; 1: El personal conoce, pero no implementa ninguna acción; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Proceso    | RCR3-1 | 2 | Informe Nro.0012-2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/OGPG-SRCR.Conformación de un Equipo para las Ambulancias del HSJK-V.Informe Nro.0011-2004-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/HSJKVRAEM/OGPG-SRCR. Sustento Técnico reiterativo de necesidad de contar con una Unidad del Sistema de Referencias y Contrareferencias del HSJKV.Informe Nro.011-2024-GR-CUSCO- | Verificación Documentaria | Presenta Informes de las necesidades en SRC, presenta informes de conformación de equipos y responsabilidades | Déficit de personal responsable comparte labor asistencial                                   | Reiterar el pedido de Recursos Humanos para la mejora del SRC, siendo Hospital II-1. Plazo 15 días.                    |
| 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.<br>(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 | Informe de Evaluación   | Verificación Documentaria | Evaluación al I semestre  | Sala Situacional no esta actualizada   | Debe contar con indicadores actualizados del SRC. Plazo 30 días  |
| Se aplican los procedimientos establecidos para la referencia y contrareferencia de pacientes.   | Se cuantifica el porcentaje de referencias de gestantes, puerperas y neonatos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad de acuerdo a las necesidades del usuario y en relación con la cartera de servicios del establecimiento de salud.<br>(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 | Cuenta con un registro en excell  | Verificación Documentaria | Registro de Referencias y Contrareferencias en excell   | Imprimir reportes, Imprimir el porcentaje de referencias de gestantes, puerperas y neonatos. | Tener informes de lo solicitado. Plazo 15 días   |
| 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.<br>(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 | Informe de Evaluación   | Verificación Documentaria | Evaluación al I semestre  | Sala Situacional no esta actualizada   | Debe contar con indicadores actualizados del SRC. Plazo 30 días  |
| Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento  | El establecimiento tiene un sistema organizado de vigilancia comunitaria en salud y es conocido por los responsables.<br>(0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)   | Estructura | RCR4-1 | 0 | No cuenta   | Verificación              | No cuenta   | No hay documento actualizado   | Organizar el sistema de vigilancia comunitaria en salud, delegar a Responsable de Promoción de la salud. Plazo 30 días |
| Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y                     | El establecimiento de salud cuenta con agentes comunitarios que aplican los procedimientos para la referencia comunal.<br>(0: No se realiza ninguna acción; 1: Realiza acciones, pero no están documentados los resultados; 2: Se cumple todo lo establecido)  | Estructura | RCR4-2 | 1 | Tiene relación de agentes comunitarios de algunas comunidades   | Verificación              | Realiza acciones, pero no estan documentados, no hay hoja de referencia comunal                               | Cuenta con llamadas telefónicas de agentes comunitarios                                      | Organizar el sistema de vigilancia comunitaria en salud, delegar a Responsable de Promoción de la salud. Plazo 30 días |
| Se establecen mecanismos de participación de la población organizada en los procesos de identificación, seguimiento y apoyo en la referencia y contrareferencia de | El establecimiento de salud cuenta con los formatos de referencia y contrareferencia comunal y las registra.<br>(0: No cuentan con los formatos; 1: Cuentan con los formatos pero no las registran; 2: Cumple con lo establecido.)   | Estructura | RCR4-3 | 1 | Cuenta con formatos de Referencia y Contrareferencia comunal  | Verificación, Observación | Cuenta con los formatos   |  | Reiterar y capacitar a los agentes comunitarios. Plazo 30 días   |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM  
*Patricia Irya Medina Llontop*  
C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI - PICHAK  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM  
*Gloria E. Pariona García*  
COP. 18367 - REMED: 4378-E.09.2  
DNI: 28274428

## ACTA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DEL MACROPROCESO DE GESTION DE MEDICAMENTOS

FECHA: 07 DE OCTUBRE DEL 2024

### MACROPROCESO: GESTION DE MEDICAMENTOS

Previa coordinación con UPSS de Farmacia se cita para llevar a cabo el proceso de autoevaluación interna del Hospital san Juan de Kimbiri VRAEM, Del macroproceso de gestión de medicamentos a cargo por el equipo evaluador conformado por el Medico Cirujano: Sabina Doris Dipas Torres, Obsta. Celia Altamirano Pahuara, contando con la participación del químico farmacéutico Pablo Linares Motta, y la Técnica en Farmacia Silvia Altamirano Mendez.

Se da inicio a la autoevaluación y se socializa el procedimiento a realizar, con la aplicación de la lista de estándares y criterios respectivos de la autoevaluación que corresponde al macroproceso de GESTION DE MEDICAMENTOS, de acuerdo a las fuentes auditables .A si mismo se realizan las observaciones y recomendaciones correspondientes.

Firman los presentes:

  
  
Sabina Doris Dipas Torres  
MEDICO CIRUJANO  
CMP: 087221

  
  
Celia Altamirano Pahuara  
OBSTETRA  
COP-31500

  
  
PABLO LINARES MOTTA  
QUIMICO FARMACEUTICO  
C O F P 28471

AUTOEVALUACION - EE.SS.....Nivel II-1

Macroproceso: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS  
 Evaluador(es): DRA SABINA DORIS DIPAS TORRES-OBSTA. CELIA ALTAMIRANO PAHUARA  
 Fecha: 7/10/2024  
 Servicio Evaluados: FARMACIA  
 Participantes de la Evaluación: QCO PABLO LINARES MOTTA-TEC. FAR. SILVIA ALTAMIRANO MENDEZ  
 Código Estándar: GMD-1 GMD-2 GMD-3



| Estándar   | Criterio  | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable   | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje  | Observaciones  | Recomendaciones  |
|--|---|---------------|--------|---------|--|-------------------------|---|--|--|
| 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 petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución.<br>(0: No existe; 1: En proceso de conformación; 2: Cumple con lo establecido).  | Estructura    | GMD1-1 | 0       |  |                         | R.M 414-25/MINSA que aprueba el petitorio nacional de medicamentos esenciales | Las compras lo realiza la unidad ejecutora   | realizar seguimiento de requerimientos   |
| 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).<br>(0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido). | Proceso       | GMD1-2 | 2       | SOFTWARE DE SISMED INSTALADO VERSION 2.5.3                                       | Verificación y revisión | Cumple con lo establecido   |  |  |
| 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.<br>(0: No se realiza; 1: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; 2: Cumple con lo establecido.).   | Proceso       | GMD1-3 | 2       | ICLIME   | Verificación y revisión | Cumple con lo establecido   |  |  |
| 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.<br>(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       | CUENTA CON SOFTWARE DE SISMED, CONTROL DE TEMPERATURA DIARIA, AIRE ACONDICIONADO | Verificación y revisión | Cumple con lo establecido   | R.J.N 335-90-INAP/DNA, manual de administración de almacenes para el sector público nacional   | continuar con el trabajo   |
| 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.<br>(0: No realiza; 1: Realiza el informe, diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido)  | Proceso       | GMD1-5 | 1       | LIBROS DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS  | Verificación y revisión | Autorizado desde el 28 de agosto del año 2024                                 | el informe se presenta en forma trimestral. El primer informe lo presentaran el último trimestre de este año.  | mantener en custodia   |
| 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.<br>(0: No realiza; 1: Realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)  | Proceso       | GMD2-1 | 2       | INFORMMES  | verificación y revisión | Cumple con lo establecido   |  | continuar con la metodología de trabajo  |
| 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.<br>(0: No realiza; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)  | Proceso       | GMD2-2 | 1       | Rol de turnos de farmacia  | verificación y revisión |   | no se cumple con químico farmacéutico los 24 horas del día de los 30 días del mes, por que solo cumplen el 90 por ciento, por lo tanto brecha de recurso humano, de un químico farmacéutico, por lo que se cumple al 90% | se recomienda la contratación de un químico farmacéutico, por parte de unidad ejecutora. |

*Sabina Doris Dipas Torres*  
  
 Sabina Doris Dipas Torres  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMP: 887221

*Celia Altamirano Pahuara*  
  
 Celia Altamirano Pahuara  
 OBSTETRA  
 COP-31500

*Pablo Linares Motta*  
  
 PABLO LINARES MOTTA  
 QUÍMICO FARMACÉUTICO  
 C.O.F.P. 28471

|  |  |            |        |   |  |                         |                               |  |   |
|--|--|------------|--------|---|--|-------------------------|-------------------------------|--|---|
| 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.<br>(0: No realiza; 1: Registra, pero no son gestionados por las unidades de atención al usuario; 2: Cumple con lo establecido)   | Proceso    | GMD2-3 | 2 | fichas de evento adverso y su posterior evaluación a calidad que se realiza de forma semestral | verificación y revisión | Cumple con lo establecido     |  |   |
| El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de                           | El servicio de farmacia cuenta y aplica mecanismos de información al paciente en el marco de su competencia al momento de la dispensación.<br>(0: No realiza; 1: Realiza, sin que se efectúe previo acto de información adecuada; 2: Cumple con lo establecido)  | Proceso    | GMD2-4 | 2 | In situ, el químico farmacéutico realiza la información a cada paciente.                       | verificación in situ.   | si, cumple con lo establecido |  |   |
| El establecimiento realiza acciones para que la prescripción y dispensación de los medicamentos e insumos se brinde de                           | Los errores de prescripción de medicamentos son registrados y corregidos por la autoridad competente del establecimiento.<br>(0: No realiza; 1: El nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)   | Proceso    | GMD2-5 | 0 |  |                         |                               | si hay errores pero son corregidos en su momento, pero no hay un registro de errores | se recomienda implementar registro de errores de prescripción                             |
| El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos  | Se evalúa el porcentaje de coincidencias entre los ítems prescritos, dispensados, reportados, stock registrado y stock real y es el esperado; El margen de consistencia es mayor al 99%.<br>(0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)   | Proceso    | GMD3-1 | 2 | todo se registra en el software de sismed  | verificación y revisión | cumple con lo establecido     |  |   |
| 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.<br>(0: No realiza; 1: Realiza parcialmente; 2: Cumple con lo establecido)   | Proceso    | GMD3-2 | 1 | informe de requerimientos  | verificación y revisión |                               | las prescripciones no atendidas en su mayoría por falta de insumos y medicamentos.   | realizarse seguimiento y adoptar medidas correctivas a la falta de insumos y medicamentos |
| 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 nomostock y prevenir el vencimiento de medicamentos e insumos.<br>(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 | SOFTWARE DE SISMED INSTALADO e informes mensuales  | verificación y revisión | cumple con lo establecido     |  |   |
| 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.<br>(0: Menos del 50% del personal de farmacia está capacitado; 1: Entre el 50% y 80% del personal está capacitado; 2: Más del 80% del personal está capacitado)                    | Estructura | GMD3-4 | 2 | plan anual de capacitación de SISMED   | Verificación y revisión | Cumple con lo establecido     | 90 % del personal de farmacia capacitado de acuerdo a su cronograma de capacitación  |   |
| El establecimiento de salud vela por los resultados de la gestión de medicamentos e insumos  | El establecimiento ha organizado la provisión para mantener el nomostock de ítems necesarios para el funcionamiento de servicios críticos (ej. emergencia, centro obstétrico).<br>(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 | 2 | provisión de medicamentos para claves y coches de paro en áreas críticas                       | verificación            | Cumple con lo establecido     |  |   |



  
 Sabina Doris Dipas Torres  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMP: 087221

  
 Celia Altamirano Pahuara  
 OBSTETRA  
 COP-31500

  
 PABLO LINARES MOTT  
 QUÍMICO FARMACÉUTICO  
 C.O.F.P. 28471

**AUTOEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI Nivel II-1**

Macroproceso: Gestión de la Información  
 Evaluador(es): Lic. Enf. Ayda Juárez La Rosa- Lic Enf. Yanet Guillen Miranda  
 Fecha: 14/10/2024  
 Servicio Evaluados: Dirección y Estadística, Epidemiología  
 Participantes de la Evaluación: Obet Patricia Medina Llantop- Mc Sabina Dipes - Roald Urbano Pineda  
 Código Estándar: GIN-1 GIN-2 GIN-3



| Estándar   | Criterio  | Tipo_Criterio | Código criterio | Puntaje | Fuente auditable   | Técnica utilizada          | Sustento del Puntaje   | Observaciones   | Recomendaciones Responsable   |
|--|---|---------------|-----------------|---------|--|----------------------------|--|---|---|
| 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.<br>(0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido).   | Estructura    | GIN1-1          | 1       | Acta de Jefaturas Folio 10-12, análisis de información                                       | Verificación de documentos | Presenta parcialmente los procesos asistenciales                                 | No cuenta con la identificación del 100 de los procesos asistenciales                               | Programar reuniones constantes donde se identifiquen todas las necesidades de información |
| 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.<br>(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       | Informe de las diferentes Jefaturas de requerimiento de equipos                              | Verificación de documentos | Consolidado de requerimiento mediante un informe de todas las UPSS del HSJKVRAEM |   | Continuar anualmente realizando los requerimientos y realizar el seguimiento              |
| 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.<br>(0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido).  | Proceso       | GIN1-3          | 2       | Los registros de información His, Sis Egresos e Ingresos Hospitalarios programas preventivos | Revisión documental        | Cumple con lo establecido  | No todos los programas y sistemas cuentan   | Continuar con la realización de los procesos  |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido).   | Estructura    | GIN1-4          | 2       | Codificadores CIE10 en consultorios en físico y en las computadoras de las UPSS              | verificación y observación | Cuenta con lo establecido  | Actualizar para programas preventivos un resumen  | Enviar requerimiento a la Red de codificadores más frecuentes resumidos                   |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido).  | Estructura    | GIN1-5          | 2       | Memorandum de capacitaciones Memorandum No 0184-2024-GRCUSCOI-GRSC-RSSCVRAEM                 | verificación y observación | Cuenta con lo establecido  | No todo el personal se ha capacitado solo responsable de programas Renuncias constantes de personal | Solicitar capacitaciones constantes al personal de salud del Hospital                     |

HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
 Ayda Juárez La Rosa  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP 34260 RNF 1703

Yanet M. Guillen Miranda  
 LIC ENFERMERIA  
 CEP 67000

Ronald Urbano Pineda  
 TÉCNICO EN COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA  
 DNI 42842636



|   |  |            |        |   |                                      |                                      |  |  |  |
|---|--|------------|--------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está formado continuamente; 2: Cuenta con todo lo    | Estructura | GIN1-8 | 0 |                                      | verificación y observación revisión  | No cuenta con todos los procesos tiene fases de captura no se analiza  | No se cuenta con sala de almacenamiento de documentos  | Realizar manual de procedimientos<br>Acondicionar almacenamiento de los documentos para su conservación y depuración   |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no para todas las fases; 2: Cuenta con todo lo establecido)  | Estructura | GIN1-7 | 0 |                                      | Verificación, Observación y revisión |  |  | Implementar un sistema de gestión que incluya todas las fases  |
| 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.<br>(0: No existe; 1: En proceso de aprobación; 2: Cuenta con lo establecido)  | Estructura | GIN1-8 | 0 |                                      | Verificación, Observación y revisión |  |  | Implementar la unidad de inteligencia sanitaria y de gestión de la información   |
| 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.<br>(0: No existe; 1: Tiene definidos los mecanismos, pero no son fuente de proyectos | Proceso    | GIN2-1 | 0 |                                      | Verificación, Observación y revisión | No cuenta con todos los procesos   | Se ha definido en programas presupuestales realizan cruce de información operación sin embargo no se han | Identificar los aspectos críticos y promover acciones y proyectos de Mejora  |
| 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).<br>(0: No se cuenta con el método; 1: Se cuenta, pero no es permanente; 2: Cumple con lo establecido)                                    | Proceso    | GIN2-2 | 1 | Información estadística, VEA semanal | Verificación, Observación y revisión | HIS Información estadística Informe de Evaluación e indicadores Hospitalarios Informe No -1082.GR-2024-GR-CUSCO-   | Se realiza pero no es permanente   | Realizar constantemente el análisis y su socialización de las informaciones como Hospital de los diferentes indicadores  |
| 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.<br>(0: No existen; 1: Existen mecanismos de difusión, mas no de retroalimentación; 2: Cumple con lo establecido)   | Proceso    | GIN3-1 | 1 | Grupos de WASSAPP por servicios      | Verificación, Observación y revisión | Se ha implementado mecanismos a través de las redes sociales   | Falta de retroalimentación de la información   | Implementar y organizar para su retroalimentación de parte de los coordinadores y estadística  |
| 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.<br>(0: No se generan; 1: Se generan, pero no son participativos o documentados; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Proceso    | GIN3-2 | 1 | Memorandum de Evaluación Actas       | Verificación, Observación y revisión | Informe de las evaluaciones anual y semestral Informe No -1082.GR-2024-GR-CUSCO-GRCS/RSSCVRAEM/H SJKVRAEM/WSG-DIR- | Se quieren pero no son participativos el personal  | Los espacios participativos sean mas frecuentes de análisis de información mensualizado  |
| 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.<br>(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 | 0 |                                      | Verificación, Observación y revisión |  | no cuenta con espacios para una sala situacional los programas tienen lo que les corresponde             | Implementar un área de sala situacional y mantener actualizado para promover proyectos de mejora   |
| 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.<br>(0: Se identifican en menos del 30%; 1: Se identifican entre 30 a 80%; 2: Se identifican en menos del 80%)  | Resultado  | GIN3-4 | 0 |                                      | Verificación, Observación y revisión |  | No se cuenta con evidencias  | Sistematizar las percepciones del usuario interno relacionado al manejo de la información en las encuestas que se realiza en la percepción del usuario interno |

HOSPITAL SAN JUAN MIRAFLORES - VRAEM  
**Ayda Juárez La Rosa**  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP 34360 RNE 17306

**Yanet M. Guillén Miranda**  
 LIC ENFERMERIA  
 CEP 67014

**Ronald Urbano Pineda**  
 TÉCNICO EN COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA  
 DNL 42842636



**AUTOFEVALUACIÓN - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI Nivel II-1**

Macroproceso: Gestión de equipos e infraestructura  
 Evaluador(es): M.C Luis Juan Pedro Valentin Tovar, Obst. Teddy Roxana Lopez Taype, Lic. Enf. Yessica Godoy Chi, Lic. Enf. Floreila Castillo Tinoco, Obst. Yimi Arango Cervantes, Lic. Enf Liz Nataly Meza Flores, Tec. Enfer. Yover Mendoza  
 Fecha: 2 y 3 de octubre del 2024  
 Servicio Evaluados: DIRECCION Y PATRIMONO  
 Participantes de la Evaluación: Obst. Patricia Medina Llomtop y Tec.Tec. Enf. Mariena Alvarado Guillen, Tec. Enf. Yover Mendoza Vicaña y Obst. Patricia Medina Llomtop  
 Código Estándar: EIF-1 EIF-2

| Estándar   | Criterio  | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada         | Sustento del Puntaje   | Observaciones   | Recomendaciones  |
|--|---|---------------|--------|---------|---|---------------------------|--|---|--|
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos 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).<br>(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   | VERIFICACION DOCUMENTARIA | R.M 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA EN HOSPITALES. | 1. FUE REALIZADO POR LA RED DE SALUD CUSCO VRAEM.<br>2. EL HOSPITAL NO CUENTA CON PERSONAL ADMINISTRATIVO | ACTUALIZAR EL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y DE RECUPERACION DE LA PLANTA FÍSICA Y SERVICIOS BÁSICOS INCORPORADO AL PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES. |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos 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).<br>(0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)                  | Estructura    | EIF1-2 | 0       | NO CUENTA   | VERIFICAICON              | R.M 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA EN HOSPITALES. | EL ESTABLECIMIENTO NO CUENTA CON RECURSO HUMANO ADMINISTRATIVO.   | IMPLEMENTAR UN PLAN DE REEMPLAZO Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y REUPERATIVO DE SUS EQUIPOS INCORPORANDO AL PLAN OPERATIVO DE ACTIVIDADES.                |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado  | Se cuenta con personal capacitado para la elaboracion de proyectos de inversion y se elaboran proyectos.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de todos los procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura    | EIF1-3 | 0       | NO CUENTA   | VERIFICACION DOCUMENTARIA | R.M 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA EN HOSPITALES. | NO CUENTA CON RECURSOS HUMANO CAPACITADO PARA LA ELABORACION DE PROYECTOS.                                | GESTIONAR LA CONTRATA DE UN PERSONAL ADMINISTRATIVO PARA HSJK.   |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos 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.<br>(0: No tiene; 1: Si tiene, pero no cuenta con instrumentos; 2: Cumple con todo lo establecido)                                   | Estructura    | EIF1-4 | 1       | PERSONAL DE MANTENIMIENTO NO CAPACITADO EN INFRAESTRUCTURA  | VERIFICACION              | CERTIFICADO EN CAPACITACION ESPECIALIZADA EN SERVICIO TÉCNICO DE MANTENIMIENTO Y REPERACION DE EQUIPOS MÉDICOS       | DEFICIT DE PERSONAL SOLO UN PERSONAL EN EL AREA.  | GESTIONAR ANTE LA RED DE SALUD RECURSO HUAMANO EN EL AREA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS (INGINIEROS BIOMÉDICOS)             |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado. | Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento, remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)                              | Estructura    | EIF1-5 | 1       | INFORMES DE REQUERIMIENTO DE ADQUISICION DE EQUIPOS Y MANTENIMIENTO.<br>1. INFORME N 0932-2024-GR-CUSCO-GRSC/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/WSG-DIR.<br>2. INFORME N093-2024-GRSC-RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/WTE 3. INFORME N058-2024-GR-CUSCO- | VERIFICACION DOCUMENTARIA | R.M 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSERVACION DE LA INFRAESTRUCTURA EN HOSPITALES. | EL HOSPITAL NO ES UNA UNIDAD EJECUTORA  | SEGUIMIENTO A LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS.  |



*Handwritten signature and stamp*  
 Lic. Enf. Floreila Castillo Tinoco  
 C.E.P. N° 113004  
 R.E.E. N° 113004  
 D.N.I. N° 41307100

*Handwritten signature and stamp*  
 Lic. Enf. Yover Mendoza Vicaña  
 C.E.P. N° 113004  
 R.E.E. N° 113004  
 D.N.I. N° 41307100

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
**Teddy Roxana López Taype**

*Handwritten signature and stamp*  
 M.C. Luis Juan Pedro Valentin Tovar  
 MEDICO CIRUJANO  
 D.N.I. N° 45454140

*Handwritten signature and stamp*  
 Lic. Nataly Meza Flores  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

*Handwritten signature and stamp*  
 Yessica I. Godoy Chi  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 062998 R.E.E. 026000




  
 Rosalinda Cardillo Tunoco  
 C.E.P. N° 50063  
 R.E.E. N° 17504  
 D.N.I. N° 4330736

  
 Irma Arango Leiva  
 OBSTETRA  
 COP N° 42397

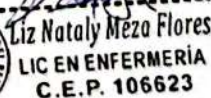
|  |  |            |        |   |  |                            |  |   |  |
|--|--|------------|--------|---|--|----------------------------|--|---|--|
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado. | El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos.<br>(0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido).   | Estructura | EIF1-6 | 2 | FORMATO DE FICHA DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN - INVENTARIO PATRIMONIAL 2024       | VERIFICACIÓN Y REVISIÓN    | FORMATO DE FICHA DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN - INVENTARIO PATRIMONIAL 2024   |   | 1. SE RECOMIENDA ACTUALIZAR PERIODICAMENTE EL SISTEMA DE INVENTARIO Y REGISTRO DE OPERATIVIDAD DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS.<br>2. DAR A CONOCER A LOS DIFERENTES SERVICIOS BAJO MEMORANDUM |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado. | Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias.<br>(0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura | EIF1-7 | 0 | NO CUENTA CON MANUAL DE INSTALACIONES  | VERIFICACION               | R.M N 335-2005 ESTANDARES MINIMOS DE SEGURIDAD PARA LA CONSTRUCCION, AMPLIACION, REHABILITACION, REMODELACION Y MITIGACION DE LOS RIESGOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO. |   | IMPLEMENTAR Y CAPACITAR AL PERSONAL SOBRE EL MANUAL PARA EL MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS, MECÁNICAS Y SANITARIAS.   |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado. | Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado.<br>(0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)  | Proceso    | EIF1-8 | 0 | NO CUENTA  | VERIFICACION               | R.M N 335-2005 ESTANDARES MINIMOS DE SEGURIDAD PARA LA CONSTRUCCION, AMPLIACION, REHABILITACION, REMODELACION Y MITIGACION DE LOS RIESGOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO. |   | IMPLEMENTAR EL MANUAL DE MANTENIMIENTO DE ÁREAS CRÍTICAS, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE OBRAS Y APLICARLO.  |
| El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e infraestructura operativos y en buen estado. | 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.<br>(0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)   | Proceso    | EIF1-9 | 0 | NO CUENTA  | VERIFICACION               | R.M N 335-2005 ESTANDARES MINIMOS DE SEGURIDAD PARA LA CONSTRUCCION, AMPLIACION, REHABILITACION, REMODELACION Y MITIGACION DE LOS RIESGOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO. |   | IMPLEMENTAR EL MANUAL DE MEDIDAS QUE PERMITEN EL BUEN USO Y PREVENCIÓN DE DETERIOROS DE LO EQUIPOS Y SERVICIOS BÁSICOS (AGUA, ENERGÍA ELECTRICA) Y GARANTIZAR SU APLICACION.             |
| El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.     | 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.<br>(0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año) | Proceso    | EIF2-1 | 2 | INVENTARIO ACTUALIZADO EN EL 2024. IMPLEMENTACION DE ROTULOS E INFORMES DE FALTANTES | VERIFICACION Y OBSERVACION | R.M. 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSERVACION DE LA INFRAESTUTURA EN HOSPITALES.  | PERSONAL ENCARGADO FUE AIGNADO RECIENTEMENTE HACE 3 MESES | SE RECOMIENDA DAR CONTINUIDAD AL PERSONAL ASIGNADO EN PATRIMONIO   |
| El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad.     | Se realiza mantenimiento preventivo de los equipos de acuerdo a programación.<br>(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%).   | Proceso    | EIF2-2 | 0 | NO SE REALIZA MANTENIMIENTO PREVENTIVO   | VERIFICACION               | R.M. 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSERVACION DE LA INFRAESTUTURA EN HOSPITALES.  | CUENTA CON REQUEIMIENTOS PARA MANTEMINETO PREVENTIVO.     | GESTIONAR EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS DE ACUERDO A PROGRAMACIÓN.   |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

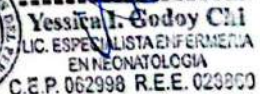
  
 Teddy Roxana López Taype  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171

  
 LUIS J. VALENTIN TOVAR  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMP N° 67753 ONI: 45454140



  
 Liz Nataly Meza Flores  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623



  
 Yessica I. Godoy Chi  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 062998 R.E.E. 029800

|  |  |         |        |   |  |              |   |   |  |
|--|--|---------|--------|---|--|--------------|---|---|--|
| El establecimiento de salud cuenta con información y toma decisiones para disponer de equipos e infraestructura en buen estado y operatividad. | Se cuantifica el porcentaje de soluciones oportunas ante el llamado de mantenimiento preventivo o reparativo de infraestructura y equipos.<br>(0: Lo conoce el 50% de las áreas; 1: Lo conoce entre más del 50 y el 80% de las áreas; 2: Lo conoce más del 80%). | Proceso | EIF2-3 | 0 | NO CUENTA CON REGISTRO DE SOLUCIONES NO SE PUEDE EVIDENCIAR LA FUENTE. | VERIFICACION | R.M. 016-98-SADM NORMAS TECNICAS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CONSRRVACION DE LA INFRAESTUTURA EN HOSPITALES. | VERBALMENTE MENCIONA LA SOLUCION DE MANTENIMIENTO DE ALGINAS AREAS. | IMPLEMTAR EL REGISTRO Y CUANTIFICAR EL REGISTRO DE SOLUCIONES. |
|--|--|---------|--------|---|--|--------------|---|---|--|

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*Teddy Roxana López Taype*  
TEDDY ROXANA LÓPEZ TAYPE  
OBSTETRA  
COP N° 32171



*Vimí A. Arango Cervantes*  
VIMÍ A. ARANGO CERVANTES  
OBSTETRA  
COP 42397



*Luz Pinella Castillo Tinoco*  
Luz Pinella Castillo Tinoco  
C.E.P. N° 50063  
R.E.E. N° 17564  
DNI. N° 43336756

*Luz Valentin Tovar*  
LUZ VALENTIN TOVAR  
MEDICO GINEJANC  
COP N° 67783 DNI: 45454140



*Liz Nataly Meza Flores*  
LIZ NATALY MEZA FLORES  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623



*Yessica I. Godoy Chli*  
YESSICA I. GODOY CHLI  
LIC. ESPECIALISTA ENFERMERA  
EN NEONATOLOGIA  
C.E.P. 062998 R.E.E. 029000

**AUTOEVALUACION - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIKI Nivel II-1**

**Macroproceso:** Descontaminación, limpieza, desinfección, esterilización  
M.C Luis Juan Pedro Valentin Tovar, Obsta. Teddy Roxana Lopez Taype, Lic. Enf. Yessica Godoy Chi, Lic. Enf. Fiorella Castillo Tinoco, Obsta. Yimi Arango Cervantes, Lic. Enf Liz

**Evaluador(es):** Nataly Meza Flores, Tec. Enfer. Yover Mendoza

**Fecha:** 2 y 3 de octubre del 2024

**Servicio Evaluados:** UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACION Y SANAMIENTO BÁSICO

**Participantes de la Evaluación:** Lic. Enf. Yanet Guillen Miranda y Blgo. Carlos H. Zamalloa Vilca

**Código Estándar:** DLDE-1 DLDE-2 DLDE-3 DLDE-4



| Estándar   | Criterio  | Tipo Criterio | Código   | Puntaje | Fuente auditable   | Técnica utilizada                 | Sustento del Puntaje   | Observaciones   | Recomendaciones   |
|--|---|---------------|----------|---------|--|-----------------------------------|--|---|---|
| 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 esta proceso.<br>(0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)  | Estructura    | DLDE-1-1 | 2       | ACTA DE SOCIALIZACION DEL MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION        | REVISIÓN Y VERIFICACIÓN           | RM-1472-2002-SA/DM MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION HOSPITALARIA  |   | DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVA DE SALUD VIGENTE.   |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido) | Estructura    | DLDE-1-2 | 1       | CUENTA CON GUIA ACTUALIZADA.   | REVISIÓN Y VERIFICACIÓN           | RM-1472-2002-SA/DM MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION HOSPITALARIA  | NO ES CONOCIDO POR TODO EL PERSONAL DE LAS AREAS DE RIESGO              | REALIZAR Y SOCIALIZAR EVENTOS DE CAPACITACIÓN CONSTANTES AL PERSONAL DE LIMPIEZA, LAVANDERIA Y AL PERSONAL DE RIESGO ASISTENCIAL. |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | DLDE-1-3 | 2       | CENTRAL DE ESTERILIZACION CUENTA CON 3 AREAS (ROJA, AZUL Y VERDE)        | VERIFICACION Y SUPERVISION        | EL ESTABLECIMIENTO CUENTA CON LAS UPSS DE CENTRAL DE ESTERILIZACION Y ES CONOCIDO POR TODO EL PERSONAL                     | AMBIENTES REDUCIDOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS                             | GESTIONAR LA AMPLIACION DE LOS AMBIENTES DE CENTRAL DE ESTERILIZACION   |
| 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.<br>(0: No está protegido; 1: Están protegidos menos del 90%; 2: Estan protegidos y acorde con lo establecido el 100%)  | Proceso       | DLDE-2-1 | 2       | PERSONAL CON EPPS CORRESPONDIENTES                                       | OBSERVACION DIRECTA, VERIFICACION | RM.N 616-2003-SA/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE ROF DE HOSPITALES. NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD |   | CONTINUAR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD   |
| 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.<br>(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       | REGISTRO DE INGRESOS Y EGRESOS DE MATERIALES Y EQUIPOS USADOS POR ARTEAS | VERIFICACION Y OBSERVACION        | GUIA TECNICA DE PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBIENTES EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. RM-372-2011 MINSA | DEBE CONTAR CON MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA REALIZAR EN CADA SERVICIO | IMPLEMENTAR MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  |

Yessica I. Godoy Chi  
LIC. ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA  
C.E.P. 062998 R.E.E. 0208009

Yimi Arango Cervantes  
OBSTETRA  
COP 42397

Luis Valentin Tovar  
MEDICO CIRUJANO  
C.M.N. N° 67753 D.N.I.: 45454140

Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIKI VRAEM  
Teddy Roxana López Taype  
OBSTETRA  
COP N° 32171

Fiorella Castillo Tinoco  
C.E.P. N° 50063  
R.E.E. N° 17564  
D.N.I. N° 43336756



|   |  |            |         |   |   |  |   |  |   |
|---|--|------------|---------|---|---|--|---|--|---|
| Se realizan los procesos de decontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas. | Se empaça y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos.<br>(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    | DLDE2-3 | 2 | REGISTRO DE ESTERILIZACION DE EQUIPOS ACORDES A LA NORMA  | OBSERVACION Y VERIFICACION   | RM-1472-2002-SA/DM MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION HOSPITALARIA   |  | CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DEL MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION   |
| Se realizan los procesos de decontaminación, 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.<br>(0: No se cumple; 1: Se empaça y esteriliza, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)  | Proceso    | DLDE2-4 | 2 | REGISTRO DE CONTROL FISICOS QUIMICOS ACORDE   | OBSERVACION Y VERIFICACION DE REGISTROS                                      | RM-1472-2002-SA/DM MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION HOSPITALARIA   |  | IMPLEMENTAR TODOS LOS CONTROLES FISICOS QUIMICOS Y SOLICITAR REQUERIMIENTOS   |
| Se realizan los procesos de decontaminación, 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.<br>(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 | REGISTRO DE CONTROL DE MATERIAL INSTRUMENTAL Y TEXTIL BAJA  | OBSERVACION Y VERIFICACION   | RM-1472-2002-SA/DM MANUAL DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION HOSPITALARIA   |  | CONTINUAR CON EL ADECUADO SISTEMA DE CONTROL  |
| Se realizan los procesos de decontaminación, 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.<br>(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 | NO CUENTA CON SISTEMA DE CONTROL DE ENSERES DE CAMA   | VERIFICACION Y OBSERVACION CUADERNO DE REGISTRO DE SUCESOS, PERDIDAS Y OTROS | RM N 616-2003-SAD/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE ROF DE HOSPITALES, NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD   | LOS ENCERES DE CAMA Y ROPA VIENES SIENDO SUPERVISADOS POR PERSONAL DE LAVANDERIA                 | IMPLEMENTAR SISTEMA DE CONTROL DE ENSERES, CAPACITAR A TODO EL PERSONAL POR PERSONAL A CARGO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION.                                      |
| 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.<br>(0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)                          | Proceso    | DLDE3-1 | 0 | PERSONAL DE LAVADO DE ROPAS NO ESTA DEBIDAMENTE PROTEGIDO   | VERIFICACION Y OBSERVACION   | R.M 510-2005 MANUAL DE SALUD INFORME 0409-2024 GRC-RSSCV-HSJK VRAEM-ERST-D INFORME DE REITERACION DE REQUERIMIENTO DE INSUMOS Y MATERIALES PARA EL AREA DE SERVICIOS GENERALES. | NO SE CUENTA CON ABASTECIMIENTO DEL MATERIAL DE PROTECCION PERSONAL POR PARTE DE LA RED DE SALUD | REITERAR REQUERIMIENTO A LA RED DE SALUD, REALIZAR Y ADHERIR PROCEDIMIENTOS PARA ADHERIR EL TRATAMIENTO DE LA ROPA CONTAMINADA PARA EL PERSONAL DE LAVANDERIA |
| 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.<br>(0: No existe; 1: Existe, pero no lo conoce todo el personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)  | Estructura | DLDE3-2 | 1 | ENTREVISTA AL PERSONAL DE LAVANDERIA SI RESPONDE ADECUADAMENTE Y SI CONOCE DE LOS PROCEDIMIENTOS. | ENTREVISTA   | MANUAL DE SALUD OCUPACION LA R.M 510-2005   | RECURSO HUMANO NO CAPACITADO   | ELABORAR MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ROPA CONTAMINADA, CAPACITAR AL RECURSO HUMANO  |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE HUIRIRAY VRAEM  
Teddy Roxana López Taype  
OBSTETRA  
COP N° 32171

LUIS VALENTIN TOVAR  
MEDICO CIRUJANO  
COP N° 67723 DNI: 45454140

Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623  
Yessica I. Condor  
LIC. ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA  
EN NEONATOLOGIA  
C.E.P. 062998 R.E.E. 068000

Yoni A. Arango Cervantes  
OBSTETRA  
COP 42397

Toshiba Castillo Tronco  
C.E.P. N° 50063  
R.E.E. N° 17564  
DNI N° 4336746



|  |   |            |         |   |   |                                    |   |   |   |
|--|---|------------|---------|---|---|------------------------------------|---|---|---|
| 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.<br>(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 | NO CUENTA CON REGISTRO DE PROBLEMAS DE LAVANDERIA   | VERIFICACION                       | MANUAL DE SALUD OCUPACION LA R.M 510-2005   | SE TUVO RECLAMOS VERVALES PERO NO FUERON REGISTRADOS  | IMPLEMENTAR REGISTRO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA ENTREGA OPORTUNA DE LAVANDERIA Y OTROS.   |
| Se realizan los procesos de limpieza y tratamiento de enseres de cama y ropa de pacientes y personal de acuerdo con procedimientos establecidos. | Se realiza el almacenamiento de los enseres de cama y ropa de acuerdo con las normas vigentes.<br>(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  | DLDE3-4 | 1 | ALMACENAMIENTO DE ROPA, ARAMARIOS, VITRINAS Y AMBIENTE  | VERIFICACION Y OBSERVACION         | RM.N 616-2003-SAD/DM QUE APRUEBA EL MODELO DE ROF DE HOSPITALES, NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD | 1. PERSONAL DE LAVANDERIA NO SIGUE LA NORMA VIGENTE.<br>2. PERSONAL NO CAPACITADO.  | 1. IMPLEMENTAR AMBIENTES PARA EL ALMACENAMIENTO DE ENSERES DE CAMA Y ROPA.<br>2. CAPACITAR AL PERSONAL A CARGO.                           |
| Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.   | El personal de limpieza está debidamente vestido y protegido según las medidas de bioseguridad y la norma de residuos sólidos.<br>(0: No está protegido; 1: Está protegido menos del 90%; 2: Está protegido y acorde con lo establecido el 100%)  | Estructura | DLDE4-1 | 1 | PERSONAL DE LIMPIEZA NO VISTE ADECUADAMENTE EL EPP  | OBSERVACION Y VERIFICACION         | NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD  | CUENTA CON INFORME DE REQUERIMIENTO N° 0409-2024-GR-CUSCO-GRS/RSSCVRAEM/HSJK-VRAEM/ERST-D   | DAR CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO DE REQUERIMIENTOS ANTE LA RED DE SALUD.   |
| Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.   | El establecimiento cuenta y aplica procedimientos establecidos de segregación, acopio y disposición final de residuos sólidos.<br>(0: No se tiene nada disponible; 1: Se tiene, pero no están rotulados; 2: Se cumple con todo lo establecido).   | Estructura | DLDE4-2 | 2 | VISITA A LOS DIFERENTES SERVICIOS.  | OBSERVACION Y VERIFICACION Y VISTA | NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD  | EN ALGUNA AREAS NO HAY BOLSAS DE COLORES ESTABLECIDAS SIENDO SUPLIDAS POR OTRO COLOR  | DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVA VIGENTE DE SEGREGACION DE RESIDUOS SOLIDOS  |
| Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.   | La unidad de epidemiología y saneamiento ambiental y/o comité de infecciones intrahospitalarias y/o personal de enfermería participa(n) activamente en la elaboración y supervisión de aplicación de las normas de limpieza.<br>(0: No participa(n); 1: Participa(n) a solicitud o demanda; 2: Participa(n) de acuerdo con la programación) | Proceso    | DLDE4-3 | 0 | NO CUENTA CON ACTAS DE SUPERVISION DE LAS NORMAS DE LIMPIEZA EN LOS DISTINTOS AMBIENTES DEL HOSPITAL. | VERIFICACION                       | NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD  | 1. DESCONOCIMIENTO DE LA PARTICIPACION EN LAS NORMAS DE LIMPIEZA. 2.FALTA DE COMPROMISO DEL PERSONAL RESPONSABLE Y DISCONTINUIDAD | CONTRATACION DE PERSONAL CAPACITADO Y DIRECCIONADO PARA LAS DIVERSAS ACTIVIDADES INHERENTES AL PROCESO ADMINISTRATIVO DEL AREA EN MENCION |
| Se realiza la limpieza de las instalaciones del establecimiento de acuerdo con normas específicas.   | Se cuantifica la percepción de los usuarios (interno y externo) respecto a la limpieza del establecimiento de salud y se implementan acciones para su mejora.<br>(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  | DLDE4-4 | 1 | INFORME DE LAS FUNCIONES OBSTETRICAS NEONATALES   | VERIFICACION DOCUMENTARIA          | NORMA TECNICA N 015-MINSA/DGSP-V.01 MANUAL DE BIOSEGURIDAD  | 1. SE VIENE MIDIENDO EN LA AREA MATERNA.  | IMPLEMETAR UNA ENCUESTA DE PERCEPCION DE LOS USARIOS EN GENERAL EN LOS DIFERENTES SEVICIOS.   |

OBSTETRA  
 COP 42397

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KUMBURI VRAEM

Teddy Roxana López Taype  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171

MEDICO CIRUJANO  
 CMP N° 0759 ONI: 45454140



Liz Nataly Meza Flores  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623



Lic. Dr. Fiorella Castillo Finco  
 C.E.P. N° 50063  
 R.E.E. N° 17564  
 DNI. N° 43329756



Yesenia Godoy C. I.  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 062998 R.E.E. 020003

**AUTOEVALUACION - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIKI NIVBI II-1**

**Macroproceso:** Gestión de insumos y materiales  
**Evaluador(es):** M.C Luis Juan Pedro Valentín Tovar, Obst. Teddy Roxana Lopez Taype, Lic. Enf. Yessica Godoy Chi, Lic. Enf. Florencia Castillo Tinoco, Obst. Yimi Arango Cervantes, Lic. Enf Liz Nataly Meza Flores.  
**Fecha:** 2 y 3 de octubre del 2024  
**Servicio Evaluados:** ALMACEN Y DIRECCIÓN  
**Participantes de la Evaluación:** Tec. Enf. Enma Isidro Pariona y Obst. Patricia Medina Llomtop  
**Código Estándar:** GM-1 GM-2



*[Handwritten signature]*  
**YIMI A. ARANGO CERVANTES**  
 OBSTETRA  
 COP 42397

| Estándar   | Criterio   | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable                     | Técnica utilizada          | Sustento del  | Observaciones   | Recomendaciones  |
|--|--|---------------|--------|---------|--------------------------------------|----------------------------|---|---|--|
| 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.<br>(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 | 1       | REQUERIMIENTO DE INSUMO Y MATERIALES | VERIFICACIÓN DOCUMENTARIA. | R.M. N 816-2003. QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES. | HAY REQUERIMIENTOS PERO NO SIGUEN LINEAS DE ACCIÓN.             | SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR LINEAS DE ACCIÓN PARA PLANIFICAR EL REQUERIMIENTO Y LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES. |
| 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).<br>(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 | 0       | NO CUENTA                            | VERIFICACION               | R.M. N 816-2003. QUE APRUEBA EL MODELO DE REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS HOSPITALES. | CUENTA CON REQUERIMIENTOS PERO NO HAY UN PLAN DE ADQUISICIONES. | SE RECOMIENDA ELABORAR PLAN ANUAL DE NECESIDADES DE BIENES ESTRATÉGICOS POR UPSS   |
| 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 almacén central.<br>(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 | 1       | ALMACEN LOCAL                        | VERIFICACION               | MINISTERIAL N 585-1999-SA/DM. NORMA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO.                  | CUENTA PERO NO SE CUMPLE EN TODOS LOS SERVICIOS.                | CAPACITAR AL PERSONAL DE ALMACEN EN BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE.   |
| 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 (almacén).<br>(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       | CUADERNO DE REGISTROS DE ALMACEN.    | REVISION DOCUMENTARIA      | MINISTERIAL N 585-1999-SA/DM. NORMA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO.                  | NO SE REALIZA UNA DISTRIBUCION ACORDE, NO LLEVA KARDEX          | IMPLEMENTAR UNA ADECUADA DISTRIBUCION DE INSUMOS Y MATERIALES.   |
| 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.<br>(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       | NO CUENTA                            | VERIFICACION               | MINISTERIAL N 585-1999-SA/DM. NORMA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO.                  | NO CUENTA CON PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES                       | ELABORAR E IMPLEMENTAR EL MAJAL DE ADQUISICIONES DEL PLAN ANUAL DE REQUERIMIENTO.  |

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIKI VRAEM

*[Handwritten signature]*  
**Teddy Roxana López Taype**  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171

*[Handwritten signature]*  
**EDICICO CIRUJANC**  
 C.M.P. N° 67759 CUI: 4545414



*[Handwritten signature]*  
**Liz Nataly Meza Flores**  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623



*[Handwritten signature]*  
**Lic. Enf. Florencia Castillo Tinoco**  
 C.E.P. N° 30063  
 P.E.E. N° 17584  
 D.N.I. N° 43330736



*[Handwritten signature]*  
**Yessica I. Godoy Chi**  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 06298 R.E.E. 020000



|  |   |           |        |   |  |                            |   |   |  |
|--|---|-----------|--------|---|--|----------------------------|---|---|--|
| 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 | NO SE LLEVA ACABO LOS PROCESOS DE ADQUISICION                      | VERIFICACION               | HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM NO ES UNA UNIDAD EJECUTORA                               | EL PROCESO DE ADQUISICION LO REALIZA LA RED DE SALUD.           | REALIZAR EL SEGUIMIENTO AL PROCESO DE ADQUISICION EN LA RED DE SALUD.                            |
| 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 | 0 | NO CUENTA CON PROGRAMACION PARA LA ENTREGA DE INSUMOS Y MATERIALES | VERIFICACION Y OBSERVACION | RESOLUCION MINISTERIAL N 585-1999-SA/DM. NORMA TÉCNICA DE BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO. |   | REALIZAR LA PROGRAMACION DE ENTRAGA DE INSUMOS Y MATERIALES LA MISMA QUE BEBE ESTAR DOCUMENTADA. |
| 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 | 0 | NO REALIZA   | VERIFICACION               | MINISTERIAL N 014-2002-SA. LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA DEL SECTOR                             | HOSPITAL NO SE ALIZA EL PROCESOS DE ADQUISICION ESTE PROCESO LO | HACER SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE ADQUISICION QUE REALIZAR LA RED DE SALUD CUSCO-VRAEM.       |

*Yuri A. Arango Cervantes*  
**YURI A. ARANGO CERVANTES**  
 OBSTETRA  
 COP 42397

*LUIS VALENTIN TOVAR*  
**LUIS VALENTIN TOVAR**  
 MEDICO CIRUJANO  
 C.M.P. N° 67753 DNI: 45454140

*Liz Nataly Meza Flores*  
**LIZ NATALY MEZA FLORES**  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

*Teddy Roxana López Taype*  
**TEDDY ROXANA LÓPEZ TAYPE**  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171

*Yessica I. Godoy Chá*  
**YESSICA I. GODOY CHÁ**  
 LIC. ESPECIALISTA EN ENFERMERIA  
 EN GINECOLOGIA  
 E.P. 062998 R.E.E. 023900

*Florencia Castillo Tinoco*  
**FLORENCIA CASTILLO TINOCO**  
 C.E.P. N° 50063  
 R.E.E. N° 17564  
 DNI. N° 43836756



**AUTOEVALUACION - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIKI Nivel II-1**

Macroproceso: Manejo del riesgo social  
 M.C. Luis Juan Pedro Valentín Tovar, Obeta, Teddy Roxana López Taype, Lic. Enf. Yessica Godoy Chi, Lic. Enf. Fiorella Castillo Tinoco, Obeta, Yimi Arango Cervantes, Lic. Enf. Liz Nataly Meza Flores.  
 Evaluador(es): Tec. Enfer. Yover Mendoza  
 Fecha: 2 y 3 de octubre del 2024  
 Servicio Evaluados: Servicio Social  
 Participantes de la Evaluación: Meisa  
 Código Estándar: MRS-1 MRS-2



| Estándar   | Criterio   | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable  | Técnica utilizada | Sustento del Puntaje  | Observaciones   | Recomendaciones Responsable  |
|--|--|---------------|--------|---------|---|-------------------|---|---|--|
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido) | Estructura    | MRS1-1 | 0       | EL ESTABLECIMIENTO NO REALIZA EVALUACION SOCIOECONOMICA DE LOS USUARIOS | VERIFICACION      | NO SE VIENE REALIZANDO LA EVALUACION SOCIOECONOMICA                         | NO CUENTA CON PERSONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO   | 1. CONTRATACION DE UNA TRABAJADORA SOCIAL. 2. REALIZAR EVALUACION SOCIOECONOMICA A 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.<br>(0: No realiza; 1: Realiza pero menor a lo planificado; 2: Realiza según lo planificado)   | Proceso       | MRS1-2 | 0       | NO REALIZA  | VERIFICACION      | NO SE CUENTA  | NO CUENTA CON UN PLAN DE EVALUACION DE FICHAS SOCIOECONOMICA  | DESIGNAR RESPONSABILIDAD PARA REALIZAR LA EVALUACION SOCIOECONOMICA.                             |
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: En proceso de implementación; 2: Cumple con todo lo establecido)   | Estructura    | MRS1-3 | 0       | NO CUENTA   | VERIFICACION      | NO CUENTA   | NO SE TIENE IMPLEMENTADO EL SERVICIO SOCIAL SIN EMBARGO LA UNIDAD DE SEGUROS REALIZA COORDINACIONES CON ESSALUD Y RENIEC. | IMPLEMENTAR SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL   |
| 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.<br>(0: Sólo realiza en emergencias y hospitalización; 1: Realiza en todos menos en una; 2: Realiza en todos los servicios listados)   | Proceso       | MRS1-4 | 0       | NO CUENTA   | VERIFICACION      | NO CUENTA   |   | PRIORIZAR EVALUACIONES SOCIOECONOMICAS EN SERVICIOS CRITICOS.                                    |
| 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.<br>(0: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles).   | Proceso       | MRS2-1 | 2       | UNIDAD DE SEGUROS: AFILIACION DEFINITIVA EN ZONA VRAEM                  | VERIFICACION      | APLICATIVO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD                                     | EN EL AMBITO DE LA ZONA VRAEM EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO ES GRATUITO.  | SE SUGIERE IMPLEMENTAR MECANISMOS PARA LOS INDIGENTES Y NO IDENTIFICADOS.                        |
| 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 MINGA.<br>(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 | 0       | NO SIGUE LINEAMIENTOS   | VERIFICACION      | R.M. N 246-2009/MINGA LINEAMIENTOS DE POLITICA TARIFARIA EN EL SECTOR SALUD | EL TARIFARIO ACTUAL NO CLASIFICA EXONERACIONES  | IMPLEMENTAR TARIFARIO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS A TARIFARIOS EN EL SECTOR SALUD.             |

*Yimi Arango Cervantes*  
 Yimi Arango Cervantes  
 OBSTETRA  
 COP 42397

*Luis Valentín Tovar*  
 LUIS VALENTIN TOVAR  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMP N° 67762 DNI: 45454140

*Liz Nataly Meza Flores*  
 Liz Nataly Meza Flores  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

*Teddy Roxana López Taype*  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIKI VRAEM  
 Teddy Roxana López Taype  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171

*Fiorella Castillo Tinoco*  
 Fiorella Castillo Tinoco  
 C.E.P. N° 50063  
 R.E.E. N° 17564  
 DNI N° 43336756

*Yessica I. Godoy Chi*  
 Yessica I. Godoy Chi  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 062998 R.E.E. 026800

**AUTOEVALUACION - HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI Nivel II-1**

Macroproceso: Nutrición y dietética  
 M.C Luis Juan Pedro Valentin Tovar, Obst. Teddy Roxana Lopez Taype, Lic. Enf. Yessica Godoy Chi, Lic. Enf. Fiorella Castillo Tinoco, Obst. Yimi Arango Cervantes, Lic. Enf Liz Nataly Meza Flores, Tec.  
 Enfer. Yover Mendoza  
 Fecha: 2 y 3 de octubre del 2024  
 Servicio Evaluados: UPSS Nutricion Y Dietética  
 Participantes de la Evaluación Lic. Nut. Zola Bustamante Bazan  
 Código Estándar: NYD-1 NYD-2



| Estándar   | Criterio  | Tipo Criterio | Código | Puntaje | Fuente auditable   | Técnica utilizada       | Sustento del Puntaje                                   | Observaciones  | Recomendaciones   |
|--|---|---------------|--------|---------|--|-------------------------|--|--|---|
| 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.<br>(0: No cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; 2: Cumple con lo establecido)   | Estructura    | NYD1-1 | 0       | NO CUENTA  | VERIFICACIÓN            | UPSS NO CUENTA CON MANUAL                              | MANUAL NO IMPLEMENTADO   | IMPLEMENTARA EL MANUAL ACTUALIZADO DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS.  |
| 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.<br>(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 | 1       | NO CUENTA  | VERIFICACION            | UPSS NO CUENTA CAPACITACIONES EXTERNAS NI CERTIFICADOS | CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES NO IMPLEMENTADAS  | SOLICITAR O REQUERIR CAPACITACIONES CONSTANTES DE LA UPSS POR INSTITUCIONES EXTERNAS  |
| 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.<br>(0: No se han determinado, pero no se cumplen; 2: Se cumple con lo establecido)   | Estructura    | NYD1-3 | 1       | INFORME 110-2024 - GRSC.RSSCV-HSJK-VRAEM-WTE                                     | VERIFICACION            | INFORME DE HORARIOS DE DISTRIBUCION DE ALIMENTOS       | NO SE LOGRA CUMPLIR CON LOS HORARIOS DE DISTRIBUCION EN LOS AMBIENTES DE ICAR POR LA LEJANIA Y FALTA DE MOVILIZACION DEL PERSONAL E INSUMOS ALIMENTICIOS | IMPLEMENTAR UN PLAN ESTRATEGICO PARA SOLUCIONAR EL TRASLADO OPORTUNO DE LOS ALIMENTOS DE LOS PACIENTES EN EL AMBIENTE DE ICAR |
| 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.<br>(0: No se promueve; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)  | Proceso       | NYD1-4 | 1       | ESQUEMA DE NORMAS DE MANIPULACION EN ARCHIVO DIGITAL                             | VERIFICACION            | ARCHIVO DIGITAL PROXIMO A PRESENTARSE COMO INFORME     | AUN POR CONCLUIR Y PRESENTAR POR SALVOCONDUCTO REGULAR ADMINISTRATIVO  | PRESENTAR INFORME A LA BREVEDAD   |
| El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente. | El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles.<br>(0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)   | Proceso       | NYD1-5 | 2       | CUENTA CON KARDEX DE INGRESOS Y EGRESOS  | VERIFICACION Y REVISION | KARDEX   | NINGUNA  | GESTIONAR AMBIENTES DIFERENCIADOS PARA ALIMENTOS SECOS Y FRESCOS  |
| 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.<br>(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 | 0       | NO CUENTA CON MECANISMOS DE INFORMACION Y EDUCACION A LOS USUARIOS Y FAMILIARES. | VERIFICACION            | NO CUENTA  | DEFICIT DE RECURSO HUMANO  | IMPLEMENTAR MECANISMOS DE INFORMACION Y EDUCACION A USUARIOS Y FAMILIARES.  |

**Yimi A. Arango Cervantes**  
 OBSTETRA  
 COP 42397

**LUIS J. P. VALENTIN TOVAR**  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMP N° 17752 ONI. 45454140



**Liz Nataly Meza Flores**  
 LIC EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

**Teddy Roxana López Taype**  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM



**Fiorella Castillo Tinoco**  
 C.E.P. N° 50063  
 R.E.E. N° 17564  
 D.N.I. N° 3356756



**Yessica J. Godoy Chi**  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 062998 R.E.E. 026000



|   |  |            |        |   |  |                         |   |  |  |
|---|--|------------|--------|---|--|-------------------------|---|--|--|
| 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.<br>(0 :No cuenta; 1: Cuenta con listados que no están detallados en su composición; 2: Cumple con lo establecido) | Estructura | NYD2-1 | 0 | NO CUENTA                                | VERIFICACION            | N.T N 103 -Minsa/DGSP. NORMA TECNICA DE SALUD DE LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD NUTRIONAL Y DIETETICA | SERVICIO SIN LISTADO                                     | IMPLEMENTAR REGIMINES DE ESTADO NUTRICIONAL SEGUN PATOLOGIA CLINICA.   |
| 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.<br>(0: No se realiza; 1: Se verifica, pero no sistemáticamente; 2: Se cumple con lo establecido)  | Proceso    | NYD2-2 | 1 | REGISTRO DE DIETAS, PRESCRIPCIÓN MEDICA. | REVISION Y VERIFICACIÓN | REGISTRO DE DIETAS DE NUTRICIÓN DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.  | CONCORDANTES CON EL REGISTRO PERO NO SE VERIFICA INSITU. | SENSIBILIZAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA, OBSTETRICIA Y NUTRICIÓN SOBRE LA CONCORDANCIA ENTRE LOS MENUS Y LAS INDICACIONES DIETETICAS. |
| 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.<br>(0: No se realiza; 1: Se realiza ocasionalmente; 2: Se realiza siempre)   | Proceso    | NYD2-3 | 2 | MONITOREO NUTRICIONAL                    | REVISION Y VERIFICACIÓN | ARCHIVADOR DE REGISTRO DE DIETAS  |  | REALIZAR REQUERIMIENTO DE PERSONAL PARA LOGRAR COBERTURA OPTIMA  |
| 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.<br>(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 | 0 | NINGUNA                                  | NO APLICA               | NO HAY CONTINUIDAD DEL PERSONAL Y SE DEJO DE HACER LA VALORACION DE QUEJAS Y RECLAMOS                             |  | IMPLEMENTAR REGISTRO   |

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

Teddy Roxana López Taype  
OBSTETRA  
COP N° 32171

MEDICO CIRUJANO  
IMPON° 67759 NI: 45454140

Yumi A. Arango Cervantes  
OBSTETRA  
COP 42397



Liz Nataly Meza Flores  
LIC EN ENFERMERIA  
C.E.P. 106623



Lic. Dña. Fiorella Castillo Tinoco  
C.E.P. N° 30063  
R.E.E. N° 17364  
DNI. N° 43336756



Yessica E. Godoy Chila  
LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
EN NEONATOLOGIA  
C.E.P. 002998 R.E.E. 023000

## Resolución Directoral Ejecutiva N°050-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

Kimbiri, 19 marzo del 2024

### VISTO:

El registro N°2810, de la Unidad de Trámite Documentario, de fecha 15 de marzo del 2024, se recepciona el Informe N°009-2024-GRC/GRSC/U.E.406 RSSCVRAEM-DIR/DAIS-UGCS, emitida por la Coordinadora de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, en el cual solicita el Reconocimiento de los Comités y Equipos de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, para el Año Fiscal 2024, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N°26842, Ley general de Salud establece en sus artículos II del Título Preliminar que la protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Por tanto, es responsabilidad del establecimiento de salud y los servicios médicos de apoyo cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud, por lo que, con la finalidad de contribuir a mejorar la Calidad de Atención en los Servicios de Salud, con solidaridad, equidad y en forma integral resulta conveniente emitir la presente resolución;

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

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

Que mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud 050-MINSA/DGSP-V02: 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 sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares de nacionales previamente definidos;

Que, en las disposiciones específicas de la precitada, en el punto 1 inciso c) indica: el Equipo de Acreditación de la Micro Red de Establecimiento de Salud, del Establecimiento de Salud o del Servicio, público o privado conformado por un equipo designado por la Dirección de la Micro Red o la Autoridad Institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso;

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



*Año del Bicentenario, de la Constitución de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho*

**Resolución Directoral Ejecutiva**  
**Nº050-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM**

Kimbiri, 19 marzo del 2024

Que, mediante el documento de VISTO, la Coordinadora de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, en el cual solicita el Reconocimiento de los Comités y Equipos de la Oficina de Gestión y Calidad Sanitaria del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, para el Año Fiscal 2024, proponiendo a sus integrantes con sus respectivos cargos, es parte de la presente resolución;

Estando a lo expuesto y con el Visto Bueno de la Dirección Ejecutiva, Dirección de Atención Integral de Salud, y la Oficina de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 406 Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- CONFORMAR**, el "Equipo de Acreditación del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM", para el periodo 2024, quienes asumirán con las prerrogativas y responsabilidades de Ley, el mismo que estará integrado de acuerdo al siguiente detalle:

| CARGO       | APELLIDOS Y NOMBRES                | PROFESIÓN              |
|-------------|------------------------------------|------------------------|
| Coordinador | JUÁREZ LA ROSA, Ayda               | Lic. Enfermería        |
| Presidente  | MEDINA LLONTOP, Eva Patricia       | Obstetra               |
| Secretaria  | BAUTISTA ESPINOZA, Helen Geraldina | Enfermera Especialista |
| Integrante  | SALCEDO TICONA, Raquel Esthefany   | Médico Cirujano        |
| Integrante  | YARANGA LOAYZA, Constantino        | Enfermero Especialista |
| Integrante  | VILLACORTA PONCE, Luz Angélica     | Médico Cirujano        |
| Integrante  | SALCEDO GARAYAR, Wilman            | Pediatra               |
| Integrante  | BUSTAMANTE BAZÁN, Zoila            | Nutricionista          |
| Integrante  | HUALLPA LAROTA, Ana Maritza        | Médico Cirujano        |

**Funciones del Equipo de Acreditación del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM:**

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

**ARTÍCULO SEGUNDO.- CONFORMAR**, el "Equipo de Evaluación Interna del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM", para el periodo 2024, quienes asumirán con las prerrogativas y responsabilidades de Ley, el mismo que estará integrado de acuerdo al siguiente detalle:

| CARGO       | APELLIDOS Y NOMBRES              | PROFESION       |
|-------------|----------------------------------|-----------------|
| Coordinador | JUÁREZ LA ROSA, Ayda             | Lic. Enfermería |
| Presidente  | MEDINA LLONTOP, Eva Patricia     | Obstetra        |
| Secretaria  | VILLACORTA PONCE, Luz Angélica   | Médico Cirujano |
| Integrante  | SALCEDO TICONA, Raquel Esthefany | Médico Cirujano |

*Año del Bicentenario de la Constitución de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho*

## Resolución Directoral Ejecutiva

### N°050-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

Kimbiri, 19 marzo del 2024

|            |  |                        |
|------------|--|------------------------|
| Integrante | MEZA DIPAS, Nancy Mansovet             | Medico Cirujano        |
| Integrante | FLORES MARIÑO, Yenny                   | Obstetra               |
| Integrante | GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, Cynthia Elizabeth | Bióloga                |
| Integrante | YARANGA LOAYZA, Constantino            | Enfermero Especialista |
| Integrante | ROJAS BADAJOS, Frinee                  | Enfermera              |
| Integrante | GAMBOA VILA, Marisol                   | Obstetra               |
| Integrante | HUAMÁN HUACHACA, Maynel                | Enfermero Especialista |



**Funciones del Equipo de Evaluación Interna Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM:**

- Verificar que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo ha comunicado oficialmente el inicio de la evaluación interna o autoevaluación (obligatorio) a la GERESA CUSCO y está a su vez a la Unidad Funcional de Calidad en Salud al MINSA.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor evitando todo tipo de conflicto de intereses que pudiera suscitarse.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes idóneos.
- Manejar la información con confidencialidad y de manera reservada.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación.
- La comunicación con los evaluados debe ser de manera respetuosa, proactiva y clara.
- Elaborar el Informe Técnico de Evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Disponer se publique la presente Resolución en la página web de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM.

**ARTÍCULO CUARTO.- NOTIFICAR,** la presente resolución a las instancias administrativas correspondientes y a los integrantes del citado Comité, constituido en el artículo primero.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**


  
 GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 U.E. 406 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM  
  
 MG. YON CRISOSTOMO PAQUY AURI  
 DIRECTOR EJECUTIVO  
 CEP 32213  
 DNI. 28298274

Distribución  
D.E.  
DAS  
AL

*"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de los Heroicos Batallas de Junín y Ayacucho"*

## Resolución Directoral Ejecutiva

### N° 172-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

Kimbiri, 05 de julio del 2024

**VISTO:**

El Informe N° 070-2024-GRC/GERESA-CUSCO/DIR U.E.406 RSSC VRAEM/OPP-ifdv, de fecha 04 de julio del 2024, con registro de Ingreso N° 7697, de la Unidad de Trámite Documentario, emitida por la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante la resolución Ejecutiva Regional N° 856-2010-GR-CUSCO/PR, de fecha 24 de mayo del 2010, se crea la Unidad Ejecutora 406 Red de Servicios de Salud Kimbiri - Pichari, de la Dirección Regional de Salud Cusco, Órgano Sectorial del Gobierno regional de Cusco y cumple la función efectiva de prestación de servicios Públicos, con fines, objetivos y metas definidas en el cumplimiento de las mismas; y, hace necesario garantizar su funcionamiento aplicando una política de gestión acorde a las necesidades y demandas que requiera;

Mediante Resolución Gerencial N° 01055-2022-GR CUSCO/GERESA, del 29 de setiembre 2022, la Gerencia Regional de Salud Cusco, ha dispuesto aprobar la equivalencia de denominación y sigla para la Unidad Ejecutora 406; Red de Servicios de Salud Kimbiri - Pichari a Unidad Ejecutora 406; Red de Servicios de Salud VRAEM, que a partir de la emisión se utilice obligatoriamente la denominación aprobada. Y, mediante Resolución gerencial N°01207-2022-GRC CUSCO/GERESA, de fecha 28 de octubre del 2022, la Gerencia Regional de Salud dispone rectificar el error material contenida en la Resolución Gerencial N°01055-2022-GR CUSCO/GERESA, disponiendo rectificar en el sentido debe decir: "Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM";

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, así como que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que el numeral VI del Título Preliminar de la misma Ley, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una cobertura de prestaciones de Salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 04 de junio de 2007, se aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, el Plan de Trabajo es la herramienta que permite ordenar y sistematizar información relevante dentro de las unidades orgánicas de una Dependencia, a fin de conseguir los resultados propuestos, planteando la forma de interrelacionar los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos disponibles, estableciendo los lineamientos para el planeamiento institucional, constituye una fuente auditable de los estándares pertenecientes a los Macroprocesos de Dirección y Control de la Gestión y Prestación;

Que, mediante Informe N° 035-2024/GRC/GRSC/U.E.406 RSSCVRAEM-DIR/DAIS-UGCS, de fecha 04 de julio del 2024, la Coordinadora de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria, remite el **"PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM - 2024"**, el cual tiene como Objetivo General: **"Fortalecer los procesos de**

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de los Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

## Resolución Directoral Ejecutiva

Nº 172-2024-GR CUSCO/GRSC/U.E.406:RSSCVRAEM

Kimbiri, 05 de julio del 2024

**Autoevaluación para la acreditación del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, evaluando los macroprocesos y estándares";**

Que, mediante Resolución Ministerial 090-2022/MINSA, de fecha 21 de febrero del 2022, se aprobó la Directiva Administrativa Nº 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", el cual tiene como finalidad la de contribuir al logro de objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA) que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Estando a lo solicitado por la Jefa de Planeamiento y Presupuesto, con el Visto Bueno de Dirección Ejecutiva, Administración, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Dirección de Atención Integral de Salud y Oficina de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora de la Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM;

### SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR** el "**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM - 2024**", de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, documento que como anexo forma parte integrante de la Presente Resolución Directoral;

**Artículo SEGUNDO.- DISPONER** que la Responsable de la Unidad de Gestión y Calidad Sanitaria de la Unidad Ejecutora 406: Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM, deberá monitorear y controlar la ejecución de las actividades programadas, así como también, deberá evaluar semestralmente la ejecución de las actividades del presente Plan.

**ARTICULO TERCERO.-** Dejar sin efecto cualquier Acto Resolutivo que se oponga con lo dispuesto en el artículo primero de la presente Resolución Directoral.

**ARTICULO CUARTO.- NOTIFICAR**, la presente Resolución Directoral, a las partes interesadas y a las instancias administrativas para sus fines administrativos y de Ley.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**

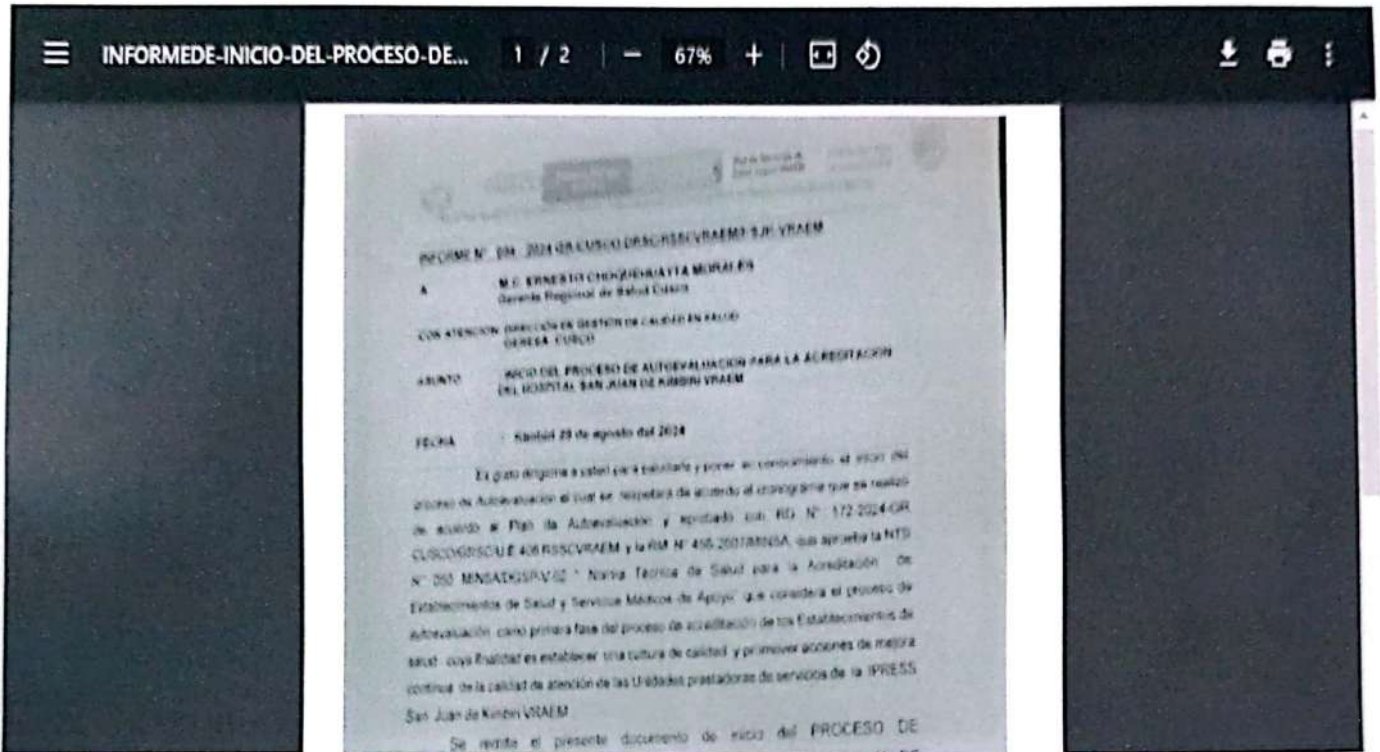
  
Gobierno Regional Cusco  
Gerencia Regional de Salud Cusco  
U.E. 406 Red de Servicios de Salud Cusco VRAEM  
  
MG. YENY CRISTÓFOMO PAQUIYAUARI  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.E. 32213  
DNI 72720274

Distribución:  
D.E.  
ADM.  
P.P.  
DAIS  
A.L.  
Coord. Unid. Gest. Calid.



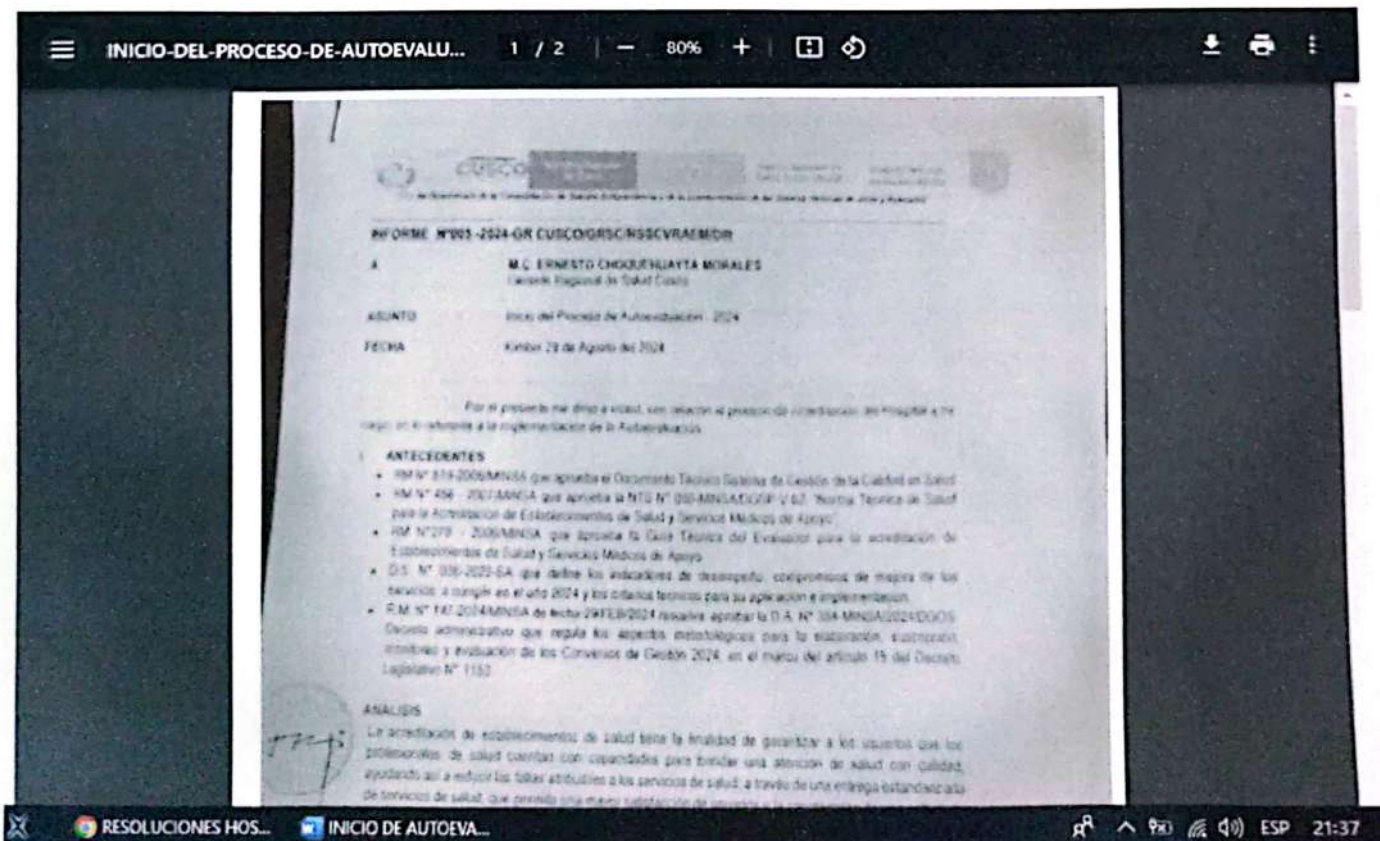


### RESOLUCIONES HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI – 2024



[INFORME DE INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION \(4\) HSJKVRAEM](#)

Descarga







GOBIERNO REGIONAL  
**CUSCO**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional de  
Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco VRAEM

Hospital San Juan  
de Kimbiri VRAEM



"Año del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia y de la conmemoración de las Batallas Heroicas de Junín y Ayacucho"

- 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/1ImbPcs5ETLngoQhQWwhlqeJfrorA0Jdl7veP-wyPB0/edit#gid=92453930>

### III. CONCLUSIONES

- El Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM Iniciaré con la autoevaluación en el presente año fiscal y elabora el informe comunicando el inicio del proceso de autoevaluación - 2024, en concordancia a las normas vigentes.

### 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/1apk46rpBIHxrhc-uz-U1rBYRnOvFX9ir> (copiar el link del drive donde se publicó el documento de inicio del proceso de autoevaluación)
- 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  
RED DE SERVICIOS DE SALUD  
CUSCO VRAEM

M.G. TONY CRISOSTOMO PAQUIYAURY  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CEP 3721  
DNI. 88298774

*Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM*

*Distrito San Juan de los Rios s/n Kimbiri*

*"Cada ser humano es el autor de su propia salud enfermedad".*

INFORME N° 004 - 2024 GR CUSCO DRBO/RSSCVRAEM/HBJK-VRAEM

A : M.C. ERNESTO CHOQUEHUAYTA MORALES  
Gerente Regional de Salud Cusco

CON ATENCIÓN: DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD  
GERESA- CUSCO

ASUNTO : INICIO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION  
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

FECHA : Kimbiri 20 de agosto del 2024

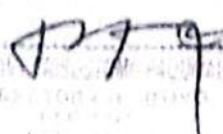
Es grato dirigirme a usted para saludarlo y poner en conocimiento el inicio del proceso de Autoevaluación el cual se respetará de acuerdo al cronograma que se realizó de acuerdo al Plan de Autoevaluación y aprobado con RD N° 172-2024-GR CUSCO/GRSCU E 406 RSSCVRAEM y la RM N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050 MINSA/DGSP-V.02 " Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" que considera el proceso de autoevaluación como primera fase del proceso de acreditación de los Establecimientos de salud cuya finalidad es establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención de las Unidades prestadoras de servicios de la IPRESS San Juan de Kimbiri VRAEM.

Se remite el presente documento de inicio del PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DE LA IPRESS SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM, la partir del 25 de setiembre al 26 de octubre del 2024., se adjunta

- Cronograma del Plan de actividades

Es todo cuanto informo para su conocimiento y demás fines convenientes.

Atentamente,

  
M.C. ERNESTO CHOQUEHUAYTA MORALES  
Gerente Regional de Salud Cusco

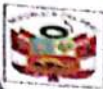


ANEXO-N°01: PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN TÁCTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – 2024

| COMPONENTE        | SUB COMPONENTE                | Actividad         | Tarea  | UM      | Meta | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic |  |   |
|-------------------|-------------------------------|-------------------|--|---------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|
|                   |                               |                   |  |         |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |   |
| GARANTIA Y MEJORA | ACREDITACION Y AUTOEVALUACION | Control Sanitario | Conformación del Equipo de Acreditación y Autoevaluación reconocido con R.D. | Informe | 2    |     | x   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |   |
|                   |                               |                   | Elaboración de Plan de trabajo   | Informe | 1    |     |     |     |     |     | x   |     |     |     |     |     |     |  |   |
|                   |                               |                   | Informe del inicio de autoevaluación.  | Reporte | 1    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | x   |     |  |   |
|                   |                               |                   | Registro y envío de la base de datos al inmediato superior.                  | Informe | 1    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | x   |  |   |
|                   |                               |                   | Envío del informe final de autoevaluación                                    | Informe | 1    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  | x |



HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRA  
*Ayda Juárez La Rosa*  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 CEP 34300 RNE, 1ª X



**CUSCO**

Gobierno Regional  
de Cusco

Gerencia Regional  
de Salud

Red de Servicios de  
Salud Cusco VRAEM

Hospital San Juan  
de Kimbiri VRAEM



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

**MEMORANDUM MULT N° 0425 - 2024 - GR-CUSCO-DRSC/RSSCVRAEM/H.S.J.K-VRAEM/ WSG-DIR**

**DE : Med.Ped. WILMAN SALCEDO GARAYAR**  
Director del Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM

**A : Equipo de Acreditación y Autoevaluadores Internos**

**ASUNTO : Reunión de Coordinación**

**FECHA : Kimbiri, 24 de setiembre del 2024.**

Mediante el presente se comunica a Ud, que deberá participar en la reunión de coordinación con el equipo de acreditación y autoevaluación que se llevará cabo el jueves 26 a las 15:00 horas, lugar: sala de espera de consulta externa. A continuación, personal que debe participar.

Disposición de deberá cumplir bajo responsabilidad.

Atentamente,



HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*[Handwritten Signature]*  
**WILMAN SALCEDO GARAYAR**  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CMP 41440 RNE 039808  
DNI 71536480

**EQUIPO DE EVALUACION INTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM**

| CARGO       | APELLIDOS Y NOMBRES                   | PROFESION       |
|-------------|---------------------------------------|-----------------|
| COORDINADOR | JUAREZ LA ROSA, Ayda ✓                | ENFERMERIA      |
| PRESIDENTE  | MEDINA LLONTOP, Patricia Eva          | OBSTETRA        |
| SECRETARIA  | VILLACORTA PONCE, Luz Angélica        | MÉDICO CIRUJANO |
| INTEGRANTE  | SALCEDO TICONA, Raquel Esthefany ✓    | MÉDICO CIRUJANO |
| INTEGRANTE  | MEZA DIPAS, NANCY Mansovet ✓          | MEDICO CIRUJANO |
| INTEGRANTE  | FLORES MARIÑO, Yenny ✓                | OBSTETRA        |
| INTEGRANTE  | GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ Cynthia Elizabeth | BIOLOGA         |
| INTEGRANTE  | YARANGA LOAYZA Constantino            | ENFERMERO       |
| INTEGRANTE  | ROJAS BADAJOS, Frinee ✓               | ENFERMERA       |
| INTEGRANTE  | GAMBOA VILA, Marisol ✓                | OBSTETRA        |
| INTEGRANTE  | HUAMAN HUACHACA, Maynel               | ENFERMERO       |
| INTEGRANTE  | BAUTISTA ESPINOZA Helen Geraldina ✓   | ENFERMERA       |
| INTEGRANTE  | NOA TORRES ROSA                       | ENFERMERA       |
| INTEGRANTE  | GUILLEN MIRANDA YANET                 | ENFERMERA       |
| INTEGRANTE  | MARCELO LLACTAHUAMAN YANETH           | ENFERMERA       |
| INTEGRANTE  | GUTIERREZ RONDAN KETTI ✓              | OBSTETRA        |
| INTEGRANTE  | GOMEZ RODRIGUEZ KATHERIN              | OBSTETRA        |
| INTEGRANTE  | FLORES CONTRERAS LIZBETH ✓            | OBSTETRA        |
| INTEGRANTE  | LOPEZ TAYPE TEDDY ✓                   | OBSTETRA        |
| INTEGRANTE  | CASTILLO TINOCO FIORELLA ✓            | ENFERMERA       |
| INTEGRANTE  | DIPAS TORRES SABINA DORIS ✓           | MEDICO          |
| INTEGRANTE  | VALENTIN TOVAR, JUAN LUIS ✓           | MEDICO          |
| INTEGRANTE  | GAVILAN ROJAS MARVIN ✓                | MEDICO          |

Disposición que debe cumplir con responsabilidad.





# Acta de Reunión de Inicio de Autoevaluación 2024. H.S.J.K. VRAEM

Siendo las 16h del día 28 setiembre del 2024 se reúnen en los ambientes de consultorio externo del Hospital San Juan de Kimbiri con el Equipo de Autoevaluadores internos del año 2024 cuya agenda fue:

- 1- Dar Apertura el inicio de la autoevaluación del año 2024 donde se realiza la socialización de la programación de la Autoevaluación enviado al GERESA Cusco
- 2- Conformación de los Equipos con los respectivos líderes de grupo
- 3- Socialización de los Macroprocesos y estándares de evaluación
- 4- Se establece los tiempos de Espera para la entrega de los Macroprocesos máximo hasta el 18 de Octubre
- 5- Se les entrega una lista con los Macroprocesos a evaluar y se queda que deberán entregar en medio Magnético y Físico la evaluación de los procesos.
- 6- Se les informa que se socializó con cada Jefatura para la evaluación
- 7- Se les indica que deben solicitar evidencias, documentos, informes para justificar el puntaje que se obtenga cada Macroproceso.
- 8- Cada Macroproceso evaluado debe estar firmado por el evaluador del Macroproceso y el responsable del área que es evaluado y los integrantes de todo el grupo siendo las 18h culmina la reunión con el Equipo de Evaluadores Internos, firmando los presentes.

HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM  
 Ayda Juárez La Rosa  
 ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
 C.E.P. 3436 - RNE. 1708

GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
 GERESA CUSCO  
 RAQUEL SALCEDO TICONA  
 MEDICO CIRUJANO  
 C.E.P. 4008 - RNE. 1708

Lic. Helen G. Bautista Espinoza  
 Licenciada en Enfermería  
 C.E.P. 061407 - RNE. 020273

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
 HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
 Patricia Eva Medina Lintop  
 C.O.P.: 9543 - RNOE 4338 - E. 09.2

Dra. Raquel Salcedo T.

Yenny Flores Mariño  
 OBSTETRA  
 C.O.P. 30423

Yessier I. Godoy Chi  
 LIC. ESPECIALISTA ENFERMERIA  
 EN NEONATOLOGIA  
 C.E.P. 062903 R.E.E. 029300





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM

*[Signature]*  
Yanet M. Guillen Miranda  
LIC ENFERMERIA  
CEP 67000

*[Signature]*  
Ledy W. Polky PC

*[Signature]*  
Marisol Gamboa Vila  
C.O.P. 10405 - R.NOE 3826 - E. 092

HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
*[Signature]*  
Médico Especialista en Emergencias  
C.P. 1000 RNE 177

*[Signature]*  
Yanet Marcelo Lactahuamán  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CEP. 50026 - RNE. 17399

*[Signature]*  
D. Melville Gaviola Rojas  
M.P. N. 69551



*[Signature]*  
Lic. La Piprella Castillo Linares  
C.E.P. N° 50063  
R.E.E. N° 17564  
DNI. N° 43336756

*[Signature]*  
Mara Marquez Caspachi  
OBSTETRA  
C.O.P. 30344



*[Signature]*  
Rosa Nor Torres  
LIC ENFERMERIA  
CEP. 71359

*[Signature]*  
WILMAN SALCEDO GARAYAR  
MÉDICO PEDIATRA  
C.M.P. 41440 RNE: 030808  
DNI: 21536480

*[Signature]*  
Yimi A. Arana Cervantes  
OBSTETRA  
COP 42397



*[Signature]*  
Yuli De Mendoza Choquehuayta  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.E.P. 46409

*[Signature]*  
LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA  
ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO ESPECIALIZADO  
C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818



## Acta de Reunión de Cierre de la Autoevaluación 2024 Hospital San Juan Kumbia URAEM 2024

Siendo las 16h del día 28 de Octubre del 2024 reunidos en el aula de Consultoría externa con la finalidad de presentar los resultados para el informe del desarrollo de la Autoevaluación del 2024,

### Agenda

- Informe del cumplimiento de la Autoevaluación
  - Informe de Resultados obtenidos de los 20 macroprocesos
  - Identificación de los Servicios para su mejoramiento.
  - Se informa el desarrollo de la Autoevaluación para la Acreditación 2024 en la que se informó que se realizó la conformación del Comité de Acreditación y Equipo de Evaluadores internos reconocidos con RD-050-2024-GR-CUSCO/GR-RECURSOS quienes realizan el proceso de Autoevaluación
  - Se les informa que se tubo como resultado final obtenido el 56% lo que significa que se debe aprobar e iniciar según normativa a los 9 meses.
  - La Alta dirección deberá comprometerse junto con las Jefaturas realizar acciones y proyectos de mejora comprometiendo y dando énfasis a los Macroprocesos con menores porcentajes obtenidos
  - La Unidad de Calidad junto con la Dirección del Hospital San Juan Kumbia URAEM así como de las acciones e intervenciones realizadas de los Estándares y Contornos de Macroprocesos
  - Los evaluadores internos reflejan que tubieron en algunos casos dificultades para recabar la información
- Finaliza la reunión dando por culminado la evaluación del curso de Macroprocesos firman los presentes.



HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
*Ayda Juárez Lo Rosa*  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
C.E.P. 34080 - R.N.E. 1987

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
*E Raquel Salcedo Ticona*  
MÉDICO CIRUJANO  
C.M.E. 3975

*Helen*  
*Lic. Helen G. Bautista Espinoza*  
Licenciada en Enfermería  
C.E.P. 061607 R.N.E. 020273

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
*Patricia Eva Medina Llontop*  
C.O.P.: 9543 - R.N.O.E. 4338 - E. 09.2

*Yenny*  
*Yenny Flores Marino*  
OBSTETRA  
C.O.P. 30422

*Yenny*  
*Yenny Flores Marino*  
OBSTETRA  
C.O.P. 30422

*Yanet*  
*Yanet M. Guillen Miranda*  
LIC ENFERMERIA  
CEP 67000

*Yanet*  
*Yanet Marcelo Llactahuamán*  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CEP. 50026 - R.N.E. 17399

*Rosa*  
*Rosa Nery Torres*  
LIC. ENFERMERIA  
CEP 71359

*María*  
*María Victoria Gavioli Rojas*  
NIF N. 69551

*Luz*  
*Luz María Castilla Tinoco*  
C.E.P. N° 50093  
R.E.E. N° 12564  
D.N.I. N° 4336756

HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
*Ayda Juárez Lo Rosa*  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
CEP 34080 R.N.E. 1987

*Manuel*  
*Manuel Salcedo Garayab*  
MÉDICO PEDIATRA  
CMP: 41440 R.N.E.: 039809  
DNI: 21536480

*Ilari*  
*Ilari Marquez Ccapchi*  
OBSTETRA  
C.O.P. 30344

*Vivi*  
*Vivi A. Arango Cervantes*  
OBSTETRA  
COP 42397

*Constantino*  
*LIC. CONSTANTINO YARANGA LOAYZA*  
ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO  
C.E.P. N° 33804 - R.N.E. N° 9818

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO - VRAEM  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM  
*Marisol*  
*Marisol Gamboa Yila*  
C.O.P.: 10405 - R.N.O.E. 3828 - E. 09.2

*Luz*  
*Luz Villacorta Ponce*  
Médico Cirujano  
CMP 2448

*Luz*  
*Luz Villacorta Ponce*  
Médico Cirujano  
CMP 2448

*Vivi*  
*Vivi A. Arango Cervantes*  
OBSTETRA  
COP 42397

*Patricia*  
*Patricia Eva Medina Llontop*  
C.O.P. 9543 - R.N.O.E. 4338 - E. 09.2



Reunión de Socialización de los Resultados de la Autoevaluación 2024  
Kimbiri, 27/11/2024

Sala de espera del Hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM

Agenda: Socialización de los Resultados de la Autoevaluación

Participantes: Personal de salud asistencial de los diferentes servicios y UPSS

- Personal administrativo del Hospital.

- Jefaturas de cada servicio

- Dirección

- R.R. H.H.

Se inicia la reunión, dando apertura, la Dirección (E) del H.S.J.K.-V haciendo mención del Plan de Autoevaluación y del cumplimiento de las actividades programadas, los objetivos, alcances, metodología así como también las limitaciones y dificultades para el desarrollo de cada macroproceso evaluado.

Del Puntaje Alcanzado: tal como se detalla en el cuadro sigo:

XIII. PUNTAJE ALCANZADO

Al haberse concluido la evaluación del desarrollo de los 328 criterios de la autoevaluación, la cual fue ingresado los datos a un aplicativo para conocer los resultados obtenidos. El puntaje total alcanzado es de 56% cuyos detalles se aprecian en el cuadro siguiente: No aprobado/No Acreditado Volver a realizar en 09 meses.

13.1. PUNTAJE ALCANZADO EN LA EVALUACIÓN DE MACROPROCESOS DE LA AUTOEVALUACION

| Establecimiento :   |                | 00002469-SAN JUAN DE KIMBIRI-VRAEM |            |           |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |       |
|---|----------------|------------------------------------|------------|-----------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|--------------------------|-------|
| Tipo de Establecimiento :                                 |                | II-1                               |            |           |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |       |
| Fase:   |                | AutoEvaluación                     |            |           |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |       |
| Año:  |                | 2024                               |            |           |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |       |
| Periodo :   |                | 1                                  |            |           |                                  |                                  |                              |                         |                              |                          |       |
|   |                | MACROPROCESO                       |            |           | CATEGORIAS                       |                                  |                              |                         |                              |                          |       |
| Macroprocesos   | Criterios eval | Nro total criterios                |            |           | Puntaje Máximo por Macro proceso | Puntaje Obtenido x Macro proceso | Cumplimiento x Macro proceso | Puntaje Max x categoría | Puntaje Obtenido x Categoría | Cumplimiento x categoría |       |
|   |                | E                                  | P          | R         | Total                            | Total                            | %                            | Total                   | Total                        | %                        |       |
| Direccionamiento  | 11             | 6                                  | 4          | 1         | 11                               | 52.48                            | 21.61                        | 41.18                   |                              |                          |       |
| Gestión de recursos humanos                               | 11             | 5                                  | 6          | 0         | 11                               | 39.36                            | 15.05                        | 38.24                   |                              |                          |       |
| Gestión de la calidad                                     | 22             | 10                                 | 5          | 7         | 22                               | 45.92                            | 27.44                        | 59.76                   |                              |                          |       |
| Manejo del riesgo de atención                             | 50             | 10                                 | 39         | 1         | 50                               | 45.92                            | 24.22                        | 52.75                   | 202.05                       | 103.45                   | 51.20 |
| Gestión de seguridad ante desastres                       | 21             | 14                                 | 7          | 0         | 21                               | 13.12                            | 10.31                        | 78.57                   |                              |                          |       |
| Control de la gestión y prestación                        | 15             | 5                                  | 9          | 1         | 15                               | 32.80                            | 18.92                        | 57.69                   |                              |                          |       |
| Atención ambulatoria                                      | 14             | 8                                  | 6          | 0         | 14                               | 45.92                            | 27.55                        | 60.00                   |                              |                          |       |
| Atención extramural                                       | 0              | 0                                  | 0          | 0         | 0                                | 0.00                             | 0.00                         | 0.00                    |                              |                          |       |
| Atención de hospitalización                               | 24             | 5                                  | 12         | 7         | 24                               | 45.92                            | 29.85                        | 65.00                   | 230.91                       | 153.97                   | 66.68 |
| Atención de emergencias                                   | 14             | 11                                 | 1          | 2         | 14                               | 45.92                            | 36.25                        | 78.95                   |                              |                          |       |
| Atención quirúrgica                                       | 24             | 7                                  | 11         | 6         | 24                               | 45.92                            | 28.82                        | 62.77                   |                              |                          |       |
| Docencia e Investigación                                  | 0              | 0                                  | 0          | 0         | 0                                | 0.00                             | 0.00                         | 0.00                    |                              |                          |       |
| Apoyo diagnóstico y terapéutico                           | 11             | 1                                  | 9          | 1         | 11                               | 16.40                            | 8.57                         | 52.27                   |                              |                          |       |
| Admisión y alta   | 16             | 3                                  | 7          | 6         | 16                               | 16.40                            | 7.26                         | 44.29                   |                              |                          |       |
| Referencia y contrarreferencia                            | 13             | 9                                  | 1          | 3         | 13                               | 16.40                            | 13.53                        | 82.50                   |                              |                          |       |
| Gestión de medicamentos                                   | 15             | 4                                  | 11         | 0         | 15                               | 16.40                            | 12.62                        | 76.92                   |                              |                          |       |
| Gestión de la información                                 | 14             | 6                                  | 7          | 1         | 14                               | 16.40                            | 6.77                         | 41.30                   |                              |                          |       |
| Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización | 17             | 7                                  | 8          | 2         | 17                               | 16.40                            | 9.90                         | 60.34                   | 144.32                       | 65.11                    | 45.12 |
| Manejo del riesgo social                                  | 6              | 2                                  | 3          | 1         | 6                                | 16.40                            | 2.98                         | 18.18                   |                              |                          |       |
| Nutrición y dietética                                     | 10             | 4                                  | 5          | 1         | 10                               | 16.40                            | 6.75                         | 41.18                   |                              |                          |       |
| Gestión de insumos y materiales                           | 8              | 4                                  | 3          | 1         | 8                                | 16.40                            | 1.26                         | 7.69                    |                              |                          |       |
| Gestión de equipos e infraestructura                      | 12             | 7                                  | 5          | 0         | 12                               | 16.40                            | 4.34                         | 26.47                   |                              |                          |       |
| <b>Total</b>  | <b>328</b>     | <b>126</b>                         | <b>159</b> | <b>41</b> | <b>328</b>                       | <b>577.28</b>                    | <b>314.02</b>                |                         | <b>577.28</b>                | <b>322.63</b>            |       |
|   |                |                                    |            |           |                                  |                                  |                              |                         | <b>Puntaje Final (%)</b>     | <b>56</b>                |       |



- Se detalla la composición de listado de estándares por categorías.
- Se expone los resultados por macroprocesos, de manera detallada
- Se da a conocer los macroprocesos por debajo del 50% del HSTK-V.
- |  |        |
|--|--------|
| • Gestión de Instrumentos y Materiales | 7.69%  |
| • Manejo del riesgo social             | 18.18% |
| • Gestión de equipos e Infraestructura | 26.27% |
| • Gestión de RR.HH                     | 38.24% |
- En Referencia a Gestión de Instrumentos y Materiales 6171, se detalla los resultados obtenidos, se realizan las conclusiones y recomendaciones, de igual manera en Manejo de riesgo social y en gestión de equipos e Infraestructura.

### Conclusiones:

- 1.- El proceso de Autoevaluación es de carácter obligatorio.
- 2.- Se llegó como resultado final a 56% = NO APROBADO
- 3.- El resultado de categorías se obtuvo 6 ejercicios 51.2% Prestacional 66.68% Apoyo a Dx = 45%.
- 4.- Macroprocesos con menor puntaje se debe implementar Mejoras.
- 5.- Débil compromiso en proyectos de mejora.
- 6.- Débil programación de horas administrativas para la realización de las autoevaluaciones.

### Recomendaciones:

- 1.- El HSTK-V deberá garantizar la realización de la autoevaluación del proceso de acreditación cada año.
- 2.- focalización de los resultados
- 3.- Promover la autoevaluación en cada servicio.
- 4.- Priorizar la mejora de los resultados alcanzados menos a 50%
- 5.- Los proyectos y acciones de mejora deben ser realizados e implementados por los Jefes de los diferentes servicios y UPSS del HSTK-V
- 6.- Realizar el seguimiento continuo de la implementación
- 7.- Promover e incentivar al personal para que propongan y realicen acciones y proyectos de mejora.
- 8.- Mejorar capacidades del personal
- 9.- Alcanzar el presente informe a la U.G. 406. RSSCV el cual se publica al portal Web de la Red y la GERESA Cusco
- 10.- Realizar de manera trimestral el proceso de autoevaluación



al pedido del personal asistente.  
 11.- Dar a conocer todo el Instrumento de Autoevaluación.  
 12.- Se publica en excel al grupo del Hospital.

*Ruiz*  
 RUZ NORI TORRES  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 71383

*JULIAN*  
 JULIAN QUISPE LAYME  
 DNI: 42280923  
 Tec. Enfermería

*CD. Larata*  
 CD. Larata Quispe  
 HUANAJANO DENTISTA  
 COP. 28535

*Nataly*  
 Lic Nataly Meza Flores  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 106623

*Karina*  
 Karina Huamani Ponce  
 DNI: 453281322  
 Cop: 36260

*Yolanda*  
 Yolanda M. Tuya  
 COP 30918 - RNE 1315 E 092

*Forella*  
 Lic. Forella Castillo Tinoco  
 C.E.P. N° 50063  
 R.E.E. N° 17564  
 DNI N° 43336756

*Rayda*  
 Rayda Coronado  
 Tec. enfermería  
 DNI: 25265238

*Sandra*  
 Sandra Baez Romero  
 OBSTETRA  
 COP 40607

*Florencia*  
 Florencia  
 PSICOLOGA  
 C.P. 38224

*Maryory*  
 Maryory Josefin Aguilar Gallegos  
 PSICOLOGA  
 C.P.S.P. N° 33866

*Manuel*  
 Manuel Gamboa Vila  
 RNE 3826-E-092

*YIMIA*  
 YIMIA ARANGO CERVANTES  
 COP 4617  
 DNI 46170322  
 COORDINADOR DE SALUD

*Socra*  
 Lic. Socra Maravi Kerly Katia  
 Tecnólogo Médico  
 Terapia Física y Rehabilitación  
 C.T.M.P. 14350

*Rosmary*  
 Rosmary Rodryga Vega  
 Tec. Enfermería  
 DNI: 46983991

*Teddy*  
 Teddy Roxana Lopez Jaype  
 OBSTETRA  
 COP N° 32171



*Fran*  
 Lic. Fran M. Tito Suidia  
 NUTRICIONISTA  
 B. G. EN NUTR. HAD 14720H

*Luigi*  
 Luigi  
 Lic. En Enfermería  
 C.E.P. 10750

*Betty*  
 Betty Salazar  
 Lic. Enfermería  
 C.E.P. 075732

*Sesena*  
 Sesena Gonzalez  
 Tec. enfermería  
 7007677

*John*  
 Lic. En John Stachao  
 C.E.P. 52631

*Elizabeth*  
 Elizabeth Huamani  
 Souza 43258472

*Lic. En Enfermería*  
 Lic. En Enfermería

*Obst. Silvia*  
 Obst. Silvia Huamani Ponce  
 COP: 24237

*KATTI*  
 KATTI Gutierrez R.  
 COP 26590

*Daniela*  
 Daniela M. Pumahuaylla  
 LIC. EN ENFERMERIA



HOSPITAL SAN JUAN DE EMERGENCIAS  
Liliana Fuentes Contreras  
TEC EN ENFERMERIA  
DNI 7188903

*[Signature]*  
Gaithe Quintana M  
COP 39099

*[Signature]*  
Lic. Wilson Torres Estela  
NUTRICIONISTA  
CNP: 6829

Alia Almirano Pahuera  
OBSTETRA  
COP. 31500

*[Signature]*  
Yuliana Mendoza Chocuehuayta  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.E.P. 35114

*[Signature]*  
Velasque Huaman Salina Diana  
TECNICO EN ENFERMERIA  
DNI: 44373820

*[Signature]*  
small or bano P.  
17842836

*[Signature]*  
Rosibel Romero Huacho  
47488262

*[Signature]*  
DNI 28271734  
Erasia Leiva M.

*[Signature]*  
Yessica Gascay Chi  
62998  
: 44613512

*[Signature]*  
Dery Ccrahua López  
LIC. EN ENFERMERIA  
C.E.P. 54230

*[Signature]*  
Lic. Yaret Herce  
Madalena  
CEP. 50026  
DPI 41123282

ELIAS OLLA CRUZ  
Ppui la  
li 44600114

*[Signature]*  
DPI 100124

*[Signature]*  
Imony Corcenas Quijpe  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP. 7204

*[Signature]*  
CARLETTA CUYARA SANCHEZ  
LIC. EN ENFERMERIA  
CNP 82597

*[Signature]*  
DPI 200014  
VILCHEZ

*[Signature]*  
Luz A. Villacorta Ponce  
Medico Cirujano  
CMP. 74488

*[Signature]*  
Luz A. Villacorta Ponce  
Medico Cirujano  
CMP. 74488

HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
Ayda Juárez La Rosa  
ENFERMERA ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS  
CEP 3436 RNE 172

DIRECCION DE SALUD CUSCO  
DIRECCION DE SALUD CUSCO - VRAEM  
Luz A. Villacorta Ponce  
Medico Cirujano  
L-RNOE 4338 - E. 09.2

*[Signature]*  
WILMAN ALBERTO GAZAYAR  
MEDICO HEMATOLOGIA  
CNP: 41440 RNE: 036808  
DNI: 21830460