

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



DR. GUIDO GIRALDO ALENCASTRE
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E 408 HOSPITAL DE ESPINAR



LIC. ISABEL ROMERO JACHA
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD SANITARIA

M.C. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA
LIC. ISABEL ROMERO JACHA
M.C. HARDY B. RONDON VALDIVIA
M.C. EDISON M. FUENTES CASANI
LIC. EN ADM. GHASDALI M. GARCIA TAIRO

EQUIPO DE ACREDITACION

C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA
LIC. ISABEL ROMERO JACHA
M.C. EDISON FUENTES CASANI
ABOG. DARWIN B. SAAVEDRA ARIAS
M.C. JEAN CLAUDE BOCANGEL CHACARA
LIC. JUDITH K. CAHUATA TURO
LIC. RUTH M. QUISPE CHOQUEHUANCA
LIC. FELICITAS H. ESQUICHA CONDORI
LIC. LUZ MARINA YERBA MAMANI
LIC. EN OBST. CARMEN L. BARRIENTOS CHACON

LIC. EN OBST. CAROLINA Y. VELA ROJAS.
Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN
TAP. FELIX POCCO MAMANI
TAP. ALEX A. ILLA. HIHUALLANCA
TAP. EDITH PUMA LLOCLLE
TAP. DIONICIO OJEDA DELGADO

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

CUSCO – ESPINAR

2025



I. Introducción

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

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

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

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

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

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

¹ Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas, César Camisón Sonia Cruz Tomás González, pag 183 y 237 :<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/64db843e11e52aaf913a5322feafd3d8.pdf>

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

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

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, para dicho efecto, se realizó en un 99% de los EE. SS –GORE (349), 100% de EsSalud-Cusco (17), un EE.SS de la SFAP y SPNP 01 EE.SS, que en suma se realizó en 368 EE.SS (43%).

Los resultados del cumplimiento de los Atributos de calidad en las tres instituciones autoevaluadas (GORE-C 60.39%, EsSalud-C 75.78%, SFAP 59.84% y SPNP 58.42%) están por debajo de los puntajes exigidos por la norma técnica de Acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en año fiscal 2024.



Por otro lado, se evidencia un incremento en los resultados generales, en el cumplimiento de los atributos de calidad en la provisión de servicios de salud de los EE. SS del GORE, del año 2023 al 2024, que representa un 2.12% siendo significativo dicho incremento (IC 95% [1.10%-3.15%]).



Así mismo, los ocho macroprocesos más críticos/ bajos de los EE. SS autoevaluados el año fiscal 2024, son: *Gestión de equipos e infraestructura* 42.95%, *Gestión de insumos y materiales* 43.09%, *Control de la gestión y prestación* 49.50%, y *Gestión seguridad ante desastres* 51.10%, "*Docencia e investigación*" 51.59% (EE.SS-GORE-C es de 34.53%), "*Direccionamiento*" 53.43%, "*Gestión de la Calidad*" 54.19% y "*Nutrición y Dietética*" 63.40% (EE.SS-GORE-C es de 56.73%).

En ese contexto se identificaron 22 oportunidades de mejora, que están relacionados a los macroprocesos críticos/ bajos de manera sectorial y de la institución pública GORE, que nos permitirá su abordaje en el año fiscal 2025 en adelantes y de esta manera lograr pasar a la segunda fase de la Acreditación de EE.SS y SMA.

El Hospital de Espinar, desarrolló la última autoevaluación en el año 2024 llegando a un resultado final de cumplimiento de estándares al 59%.

Finalmente es necesario continuar realizando la autoevaluación, para poder evaluar el cumplimiento de los estándares, el progreso y la identificación de las oportunidades de mejora, que deberán ser abordados, a través de acciones, programas, proyectos de mejora, en consecuencia, podamos acceder a la evaluación externa y lograr la Acreditación de los Establecimientos de Salud del Ámbito Regional.

II. Justificación

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia de acreditación de establecimientos y servicios médicos de apoyo.

La Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", establece que la acreditación de servicios de salud debe estar incorporado en los planes operativos institucionales y que se debe realizar la fase inicial con el proceso de autoevaluación en los establecimientos de salud.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"
"Cusco Capital Histórica del Perú"

El nivel nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023, donde incorporan la autoevaluación como indicador de proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal.

El Hospital de Espinar incorporó el proceso de autoevaluación en Plan operativo institucional y el Plan táctico de la Unidad/ oficina de Calidad, para el presente ejercicio fiscal, en concordancia a las disposiciones de la GERESA y las normas Nacionales.

III. Objetivo

Determinar el grado de cumplimiento de los Macroprocesos, Procesos, Estándares y Criterios establecidos en la Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud, a través de la autoevaluación en la MR y Hospital para el ejercicio fiscal 2025

IV. Alcance

El proceso de autoevaluación es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud de los órganos desconcentrados del Hospital de Espinar así como de sus respectivas unidades orgánicas de línea, asesor y de apoyo.

V. Base Legal

Ley N° 26842, Ley General de Salud
Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo
R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional
R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud"
R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
R.M. N° 2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"
R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
D.S. N° 022-2024-SA que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios, a cumplir en el año 2025 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación.
R.M. N° 147-2024/MINSA de fecha 29/FEB/2024 resuelve: aprobar la D.A. N° 354-MINSA/2024/DGOS, Decreto administrativo que regula los aspectos metodológicos para la



elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión, en el marco del artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153.

VI. Definiciones operativas y conceptos básicos de acreditación.

6.1. Definiciones operativas.

- **Evaluador Interno:** es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del proceso de acreditación.
- **Evaluador Externo:** es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de acreditación.
- **Macroproceso:** es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.
- **Proceso:** conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Trazabilidad:** conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

6.2. Conceptos Básicos:

- **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.
- **Gestión de la Calidad:** es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.
- **Mejoramiento Continuo de la Calidad:** es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
- **Planificación de la Calidad:** es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularan los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Sistema de Gestión de la Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
 Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana
 "Cusco Capital Histórica del Perú"

cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
 Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

VII. Resultado de la autoevaluación para la acreditación del hospital de espinar 2024.

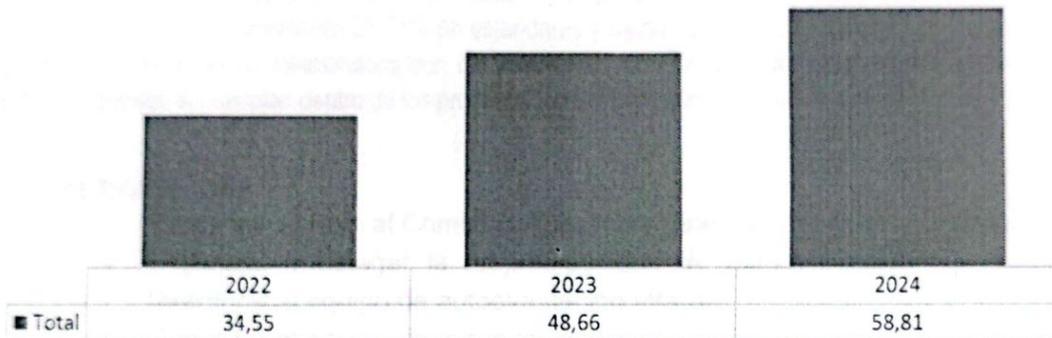


Establecimiento :	00007135-ESPINAR											
Tipo de Establecimiento :	II-1											
Fase:	AutoEvaluación											
Año:	2024					MACROPROCESO			CATEGORIAS			
Periodo :	1											
		Nro total criterios					Puntaje Máximo por Macro proceso	Puntaje Obtenido x Macro proceso	Cumplimiento x Macro proceso	Puntaje Max. x categoria	Puntaje Obtenido x Categoría	Cumplimiento x categoria
Macroprocesos	Criterios eval	E	P	R	T	Total	Total	%	Total	Total	%	
Direccionamiento	11	6	4	1	11	52,48	26,24	50,00	202,05	116,67	57,74	
Gestión de recursos humanos	11	5	6	0	11	39,36	16,21	41,18				
Gestión de la calidad	22	10	5	7	22	45,92	31,92	69,51				
Manejo del riesgo de atención	50	10	39	1	50	45,92	27,75	60,44				
Gestión de seguridad ante desastres	21	14	7	0	21	13,12	5,86	44,64				
Control de la gestión y prestación	15	5	9	1	15	32,80	24,60	75,00	230,91	142,50	61,71	
Atención ambulatoria	14	8	6	0	14	45,92	11,48	25,00				
Atención extramural	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00				
Atención de hospitalización	24	5	12	7	24	45,92	28,47	62,00				
Atención de emergencias	14	11	1	2	14	45,92	33,84	73,68				
Atención quirúrgica	24	7	11	6	24	45,92	39,57	86,17	144,32	80,35	55,67	
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	8,95	54,55				
Admisión y alta	16	3	7	6	16	16,40	3,28	20,00				
Referencia y contrarreferencia	13	9	1	3	13	16,40	6,97	42,50				
Gestión de medicamentos	15	4	11	0	15	16,40	16,40	100,00				
Gestión de la información	14	6	7	1	14	16,40	10,34	63,04				
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	17	7	8	2	17	16,40	9,05	55,17				
Manejo del riesgo social	6	2	3	1	6	16,40	8,95	54,55				
Nutrición y dietética	10	4	5	1	10	16,40	6,27	38,24				
Gestión de insumos y materiales	8	4	3	1	8	16,40	13,88	84,62				
Gestión de equipos e infraestructura	12	7	5	0	12	16,40	7,24	44,12				
Total	328	128	159	41	328	577,28	337,24		577,28	339,52		
									Puntaje Final (%)	59		

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"
 "Cusco Capital Histórica del Perú"

RESULTADOS DEL CUMPLIMIENTO DE LA AUTOEVALUACION DE LOS AÑOS 2022,2023,2024 DE LA U.E. 408 HOSPITAL ESPINAR.

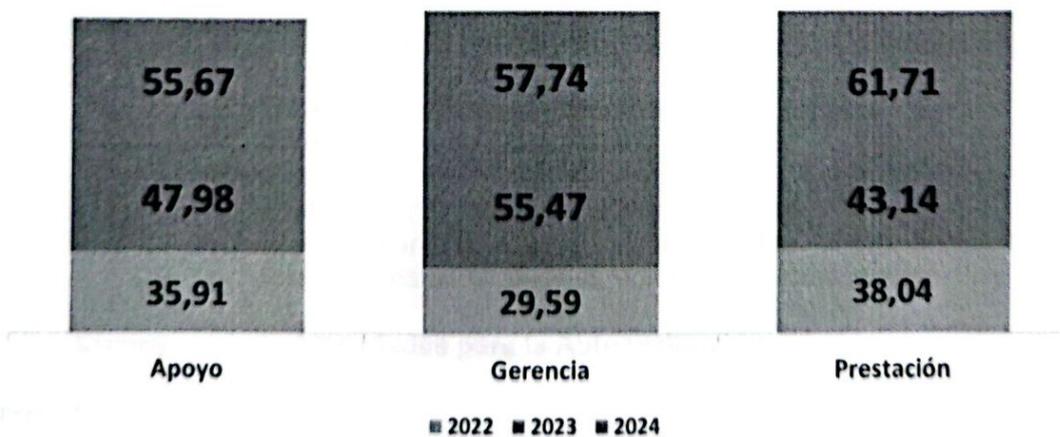
Resultados de Estandares de Calidad por Años



Análisis: se muestra que para el año 2024 se obtuvo un porcentaje de 58.81 % a comparación del año 2022 se obtuvo un 34,55 % como resultado global del proceso de autoevaluación para la acreditación de la U.E. Hospital de Espinar.

RESULTADOS DE ESTANDARES DE CALIDAD POR CATEGORIAS DE LOS AÑOS 2022,2023 2024 HOSPITAL ESPINAR.

Resultado de Estándares de calidad por Categorías



Análisis: en el cuadro, se muestra los resultados de desempeño de cumplimiento a nivel de categorías se observa que en la categoría prestacional en el año 2022 fue de 38.04 % y para el año 2024 alcanzo un cumplimiento de 61.71%, puntaje obtenido mejor a los 2 años anteriores que se incrementó en un 23.67% de mejoras de varios estándares. Estos macroprocesos son la razón de ser de la organización en los servicios de salud en prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, lo que evidencia que se implementaron las recomendaciones post –

autoevaluación del año pasado, importante para elevar el nivel de atención al paciente y obviamente el usuario interno para el desempeño de sus funciones en una institución con procesos adecuados.

En la categoría gerencial se obtuvo en el año 2022 el 29.59% y en el presente año 2024 el puntaje obtenido es de un 55.47% donde se observa que incremento un aumento de 28.15%. en esta categoría es de fundamental importancia para el mejor desempeño de la IPRESS y están relacionados con las decisiones para garantizar un rumbo adecuado en el manejo de los grandes recursos y objetos institucionales.

En la categoría de apoyo al diagnóstico en el año 2022 se cumplió con un 35.91% y para el presente año se obtuvo un 55.67% viendo un incremento de 23.76% de estándares teniendo que realizar acciones de mejora continua. Estos macroprocesos están relacionados con las actividades complementarias muy necesarias para que los anteriores procesos se cumplan dentro de los procesos y procedimientos que los servicios deben de desarrollar.



VIII. ESTRATEGIAS

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



IX. Metodología de Evaluación

- Se inicia con la planificación de la autoevaluación por parte del equipo de evaluadores internos, con la participación del equipo de salud.
- Presentación y socialización de los estándares de acreditación al personal del establecimiento de salud,
- La implementación de las acciones del proceso de autoevaluación se utilizará las siguientes técnicas:
 - ✓ Verificación de las evidencias (documentos, instrumentos, normas, actas, informes, etc)
 - ✓ Observación directa de los procesos que requieran
 - ✓ Entrevistas
 - ✓ Encuestas
 - ✓ Evaluación de registro de la Historia Clínica
 - ✓ El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de estándares de acreditación aprobados y vigentes.

X. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación

Anexo A y C



GOBIERNO REGIONAL CUSCO

Gerencia Regional de Salud Cusco

Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria

Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria



ANEXO A: ACTIVIDADES/MACROPROCESOS, RESPONSABLES Y CRONOGRAMA DEL PAES: RSV/ HOSPITAL DE ESPINAR GERESA CUSCO 2025

ACTIVIDADES/MACROPROCESOS	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES/SUB EQUIPO DE MACROPROCESOS	EMPRESA EVALUADORA/INSTITUCIÓN	CRONOGRAMA					RESPONSABLE EVALUADOR(S)	
			MARZO-ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO		
			SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6	SEMANA 7
Reunión del Equipo Evaluador, asignación del Líder/Coordinador/Responsable	Jefe de la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital		26 03 2025						
Reunión del Equipo Evaluador, para el análisis del Listado de Estándares de Acreditación	Líder/Coordinador/Responsable		08 04 2025						
Organización para la elaboración del PAES: Designación de los responsables por macroprocesos	Líder/Coordinador/Responsable		08 04 2025						
Elaboración del PAES	Equipo de Evaluación Interna		08 04 2025						
Presentación del PAES a la Dirección para su Aprobación con RD	Equipo de Evaluación Interna		08 04 2025						
Reunión del Equipo Evaluador con el Equipo Evaluador/ jefes/ responsables; presentación del Plan y revisión de los estándares.	Equipo de Evaluación Interna		28 04 2025						
Comunicación del inicio de la Autoevaluación a la Unidad/Oficina de Calidad de la Red/ Hospital	Líder/Coordinador/Responsable			19 05 2025					
Aplicación del MP: Direccionamiento	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	LIC JUDITH CAHUATA TURO CPC FELIX POCO NALIANI		26 05 2025					DR GUIDO ECO KELLY CONT. ZENOLIA
Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA LIC ISABEL ROMERO JACHA		27 05 2025					LIC ADRI GHAUSDALY SR EDWARD
Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	DR EDISON FUENTES CASANI TAP DIONICIO OJEDA DELGADO			16 06 2025				LIC ISABEL ROMERO DR EDISON FUENTES
Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	J.F. LIC RUTH QUESPE CHOQUEHUANCA DR EDISON FUENTES CASANI			12 06 2025				JEFES DE SERVICIOS
Aplicación del MP: Emergencias y desastres	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	DR EDISON FUENTES CASANI LIC MARINA YERVA NALIANI			02 06 2025				LIC JUDITH
Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	CPC FELIX POCO NALIANI LIC JUDITH YERVA NALIANI LIC EDITH FIALLO LUCILE			04 06 2025				ECO KELLY
Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	DR JUAN GUILLERMO BOCANSEL CHAZA LIC HALDEE ESQUICHA CONDORI			05 06 2025				JEFE DE C.E
Aplicación del MP: Atención extramural	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	RESPONSABLE DEL MACROPROCESO			06 06 2025				
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	LUCIARNA YERVA AU BOCANSEL CHACARA ORIST CARMEN BARRIENTOS CHACON				09 06 2025			JEFES DE SERVICIO
Aplicación del MP: Atención de Emergencia	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	LIC HALDEE ESQUICHA CONDORI LIC JUAN CARLOS ARIAS SANTANA				10 06 2025			DR EDISON FUENTES LIC ALBERT PAREJA
Aplicación del MP: Docencia e Investigación	Líder/Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroprocesos	RESPONSABLE DEL MACROPROCESO							



Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	DR EDSON FUENTES CASANI TAP ALEJALLA HUALLANCA	11/11/2025					DR ABRAMAM CHOJENHARA LIC HUALLANCA
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y Tratamiento	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	CD CARLOS ARIAS SANTANA OBST CAROLINA VELA ROJAS	12/06/2025					JEFE DE LABORATORIO RADIOLOGIA REGION FARMACIA 1. SEPT. SOC. SOCIAL
Aplicación del MP: Admisión y Alta	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	J.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUALLANCA	16/06/2025					ING. ROLANDO SR. HESTOR AERNA
Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	OBST. CARIEN BARRIENTOS CHACONTAP. EDITH PUJIA LLOLLE	17/06/2025					OBST. J. BETH SALAZAR
Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	LC. JUDITH CAHUATA TURO FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN	18/06/2025					J.F. KHATER NINJAN
Aplicación del MP: Gestión de la Información	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	AROS. DARYN SAN EDRA ARIAS TAP ALEJALLA HUALLANCA	19/06/2025					ING. ROLANDO ING. LAJEC
Aplicación del MP: DESCONTAMINACION. LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	LC. ISABEL ROMERO JACHALUZ MINIRIA YERVA HUAMAN	23/06/2025					LC. CAROLINA SISA JEFE DE LIMPIEZA JEFE DE LA ANDERNA
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	OBST. CAROLINA VELA CASANI LIC. RUTH DISPE DARYN SAA'EDRA ARIAS	24/05/2025					JEFE DE SERVICIO SOCIAL
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	DR. EDSON FUENTES CASANI SR. DIONICIO OJEDA DELGADO	25/06/2025					LC. EN NUTRICION AINFARO
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	CD CARLOS ARIAS ROMERO JACHA	26/06/2025					JEFE DE LOGISTICA
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	Lider/ Coordinador/ Responsable del Sub Equipo de los Macroproceso	CPC FELIX POCO HUAMAN FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN	30/06/2025					RESPONSABLE DE PATRIMONIO
Procesamiento de Datos	Equipo de Evaluación Interna					01/07/2025		
Análisis de resultados	Equipo de Evaluación Interna							11/08/2025
Elaboración del Informe técnico	Equipo de Evaluación Interna							12/08/2025
Presentación del Informe técnico a la Unidad/Oficina de Calidad	Equipo de Evaluación Interna							18/08/2025
Levantamiento de Observaciones (siempre que exista de la unidad/Oficina de calidad o la dirección)	Equipo de Evaluación Interna							20/08/2025
Entrega del informe técnico final	Equipo de Evaluación Interna							25/08/2025



ANEXO C: INTEGRANTES- EQUIPO DE EVALUACIÓN INTERNA RSS/MR/ HOSPITAL DE ESPINAR GERESA CUSCO 2025

COMPONENTE	MACROPROCESOS (MCP)	N° ESTANDARES	N° CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DIRECCIÓN/ OFICINA/ DEPARTAMENTO/ SERVICIO/ UNIDAD/ AREA	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN	CARGO
GERENCIALES	Aplicación del MP: Direccionamiento	2	11	DIRECCION	LIC. JUDITH K. CAHUAYA TURO	ENFERMERA	RESPONSABLE DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.
					CPC. FELIX POCO MAMANI	CONTADOR PUBLICO	RESP. PATRIMONIO
	Aplicación del MP: Gestión de recursos Humanos	4	11	UNIDAD	C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA	GRUJANO DENTISTA	PERSONAL ASISTENCIAL DE ODONTOLOGIA
					LIC. ISABEL ROMERO JACHA	ENFERMERA	JEFE DE CALIDAD - RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA
	Aplicación del MP: Gestión de la Calidad	3	22	UNIDAD	DR. EDISON FUENTES CASANI	MEDICO	JEFE DE INTELIGENCIA SANITARIA - RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL
					TAP. DIONICIO OJEDA DELGADO	CHOFER	PILOTO DE AMBULANCIA
	Aplicación del MP: Manejo del riesgo de atención	8	50	AREA	LIC. RUTH QUIJSPE CHOQUEHUANCA	ENFERMERA	PERSONAL ASISTENCIAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION
					DR. EDISON FUENTES CASANI	MEDICO	JEFE DE INTELIGENCIA SANITARIA - RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL
	Aplicación del MP: Emergencias y desastres	3	21	AREA	DR. EDISON FUENTES CASANI	MEDICO	JEFE DE INTELIGENCIA SANITARIA - RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL
					LIC. LUZ MARINA YERVA MAMANI	ENFERMERA	ENFERMERA ASISTENCIAL
	Aplicación del MP: Control de la gestión y prestación	2	15	AREA	CPC. FELIX POCO MAMANI	CONTADOR PUBLICO	RESP. PATRIMONIO
				LIC. JUDITH K. CAHUAYA TURO	ENFERMERA	RESPONSABLE DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	
				TAP. EDITH PUMA LLOCCLE	CHOFER	RESPONSABLE DEL PAUS	
			SERVICIO	DR. JEAN CLAUDE BOCANGEL CHACARA	MEDICO	MEDICO ASISTENCIAL	



Aplicación del MP: Atención Ambulatoria	4	17	LIC. HAYDEE ESQUICHA CONDORI	ENFERMERA	RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS
Aplicación del MP: Atención extramural	4	13	AREA		
Aplicación del MP: Atención de Hospitalización	7	26	LIC. LUZ MARINA YERVA MAMANI DR. JEAN CLAUDE BOCANGEL CHACARA OBST. CARMEN BARRIENTOS CHACON	ENFERMERA MEDICO OBSTETRA	ENFERMERA ASISTENCIAL MEDICO ASISTENCIAL OBSTETRA ASISTENCIAL
Aplicación del MP: Atención de Emergencia	3	14	LIC. HAYDEE ESQUICHA CONDORI C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA	ENFERMERA CIRUJANO DENTISTA	RESPONSABLE DE CONSULTORIOS EXTERNOS PERSONAL ASISTENCIAL DE ODONTOLOGIA
Aplicación del MP: Docencia e Investigación	2	15	AREA		
Aplicación del MP: Atención Quirúrgica	4	24	DR. EDISON FUENTES CASANI TAP. ALEX ILLA JIHUALLANCA	MEDICO TEC. EN CONTABILIDA	JEFE DE INTELIGENCIA SANITARIA - RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOGISTICA
Aplicación del MP: Apoyo al diagnóstico y tratamiento	3	11	CD. CARLOS ARIAS SANTANA OBST. CAROLINA VELA ROJAS	CIRUJANO DENTISTA OBSTETRA	PERSONAL ASISTENCIAL DE ODONTOLOGIA OBSTETRA ASISTENCIAL
Aplicación del MP: Admisión y Alta	4	16	Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN TAP. ALEX ILLA JIHUALLANCA	QUIMICO FARMACEUTIC TEC. EN CONTABILIDA	JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LOGISTICA
Aplicación del MP: Referencia y Contrarreferencia	4	13	OBST. CARMEN BARRIENTOS CHACON TAP. EDITH PUMA LLOCLE	OBSTETRA CHOFER	OBSTETRA ASISTENCIAL RESPONSABLE DEL PAUS

PRESTACIONALES
5



Aplicación del MP: Gestión de Medicamentos	3	15	UNIDAD	LIC. JUDITH K. CAHUATA TURO Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN	ENFERMERA ABOGADO	DESASTRES JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA
Aplicación del MP: Gestión de la Información	3	14	UNIDAD	ABOG. DARWIN SAAVEDRA ARIAS TAP. ALEX ILIA JIHUALLANCA	ENFERMERA ABOGADO	ENFERMERA ASISTENCIAL JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSO HUMANO
Aplicación del MP: esterilización, lavandería y limpieza	4	17	AREA	LIC. ISABEL ROMERO JACHA LIC. LUZ MARINA YERVA MAMANI	ENFERMERA ENFERMERA	JEFE DE UNIDAD - RESPONSABLE DE FARMACOLOGIA ENFERMERA ASISTENCIAL
Aplicación del MP: Manejo del riesgo social	2	6	SERVICIO	OBST. CAROLINA VELA ROJAS LIC. RUTH QUIJSE CHOQUEHUANCA ABOG. DARWIN SAAVEDRA ARIAS	OBSTETRA ENFERMERA ABOGADO	OBSTETRA ASISTENCIAL ENFERMERA ASISTENCIAL ASESOR LEGAL
Aplicación del MP: Manejo de nutrición de pacientes	2	10	SERVICIO	DR. EDISON FUENTES CASANI TAP. DIONICIO OJEDA DELGADO	MEDICO CHOFER	RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL PILOTO DE AMBULANCIA
Aplicación del MP: gestión de insumos y materiales	2	8	AREA	CD. CARLOS ARIAS SANTANA LIC. ISABEL ROMERO JACHA	CIQUIRINO DENTISTICA ENFERMERA	PERSONAL ASISTENCIAL DE ODONTOLOGIA JEFE DE CALIDAD - RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGIA
Aplicación del MP: Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12	UNIDAD	CPC. FELIX POCCO MAMANI Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN	CONTADOR PUBLICO QUIMICO FARM	RESP. PATRIMONIO JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA

DE APOYO



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
 Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana
 Cusco Capital Histórica del Perú

XI. Equipo de evaluación interna y equipo de acreditación (identificación del evaluador líder/ coordinador) (Según RD)

Los integrantes del presente plan, son los integrantes del "Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores internos" designados con el RD. N° 106 – 2025/GRSC/U.E.408-HE/AS y están considerados de la siguiente manera.

EQUIPO DE ACREDITACION 2025 DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1	M.C. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA	PRESIDENTE
2	LIC. ISABEL ROMERO JACHA	SECRETARIA
3	M.C. HARDY B. RONDON VALDIVIA	INTEGRANTE
4	M.C. EDISON M. FUENTES CASANI	INTEGRANTE
5	LIC. EN ADM. GHASDALI M. GARCIA TAIRO	INTEGRANTE

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS 2025 DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1	C.D. JUAN CARLOS ARIAS SANTANA	PRESIDENTE
2	LIC. ISABEL ROMERO JACHA	SECRETARIA
3	M.C. EDISON FUENTES CASANI	INTEGRANTE
4	ABOG. DARWIN B. SAAVEDRA ARIAS	INTEGRANTE
5	M.C. JEAN CLAUDE BOCANGEL CHACARA	INTEGRANTE
6	LIC. JUDITH K. CAHUATA TURO	INTEGRANTE
7	LIC. RUTH M. QUISPE CHOQUEHUANCA	INTEGRANTE
8	LIC. FELICITAS H. ESQUICHA CONDORI	INTEGRANTE
9	LIC. LUZ MARINA YERBA MAMANI	INTEGRANTE
10	LIC. EN OBST. CARMEN L. BARRIENTOS CHACON	INTEGRANTE
11	LIC. EN OBST. CAROLINA Y. VELA ROJAS.	INTEGRANTE
12	Q.F. FLOR DE LIZ LLACTA HUAMAN	INTEGRANTE
13	TAP. FELIX POCCO MAMANI	INTEGRANTE
14	TAP. ALEX A. ILLA. HIHUALLANCA	INTEGRANTE
15	TAP. EDITH PUMA LLOCLLE	INTEGRANTE
16	TAP. DIONICIO OJEDA DELGADO	INTEGRANTE



Gobierno Regional Cusco
 Dirección Regional de Salud Cusco
 U.E. 408 Hospital de Espinar
 Lic. Enj. Isabel Romero Jacha
 C.P. 81948
 JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD