



# Resolución Directoral

**N° 357-2025-UE402SN/UGRH**

**Nazca, 16 de Mayo del 2025**

**VISTO:**

El Informe N° 0116-2024-GRL-GRDS-L-UE-1289/UGC de fecha 27 de marzo de 2024, emitido por la Unidad de Gestión de la Calidad mediante el cual solicita la aprobación del PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA RED DE SALUD NASCA; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, conforme a los numerales I, II, III del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar, el bienestar individual y colectivo, la protección de la salud es de interés público. Es responsabilidad del estado, regularla, vigilarla y promoverla. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodológicas de los procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA, se aprobó la 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, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad con base al cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 370-2009-MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud, cuya finalidad es contribuir al desarrollo del proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el marco del Sistema de Gestión de Calidad en Salud;

Que, conforme a dicha normativa antes referida, mediante NOTA N° 011-2025-GORE-ICA-DIRESA-U.E.402SN/HRCRN/UGCS, la Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA RED DE SALUD NASCA - 2025, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de atención con estándares nacionales previamente definidos y aplicar el manual de estándares de acreditación y sus instrumentos en los establecimientos de salud que conforman la Microred de Salud Nasca;

Estando a lo propuesto por la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud, con la opinión favorable de la Unidad de Planeamiento Estratégico y con los vistos de la Dirección Administrativa, la Unidad de Gestión de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Legal de la Unidad Ejecutora 402 Salud Nasca; en uso de las atribuciones y facultades señaladas por la Resolución Ejecutiva Regional N° 0866-2004-GORE-ICA/PR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca y con los derechos y obligaciones inherentes al cargo;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar el PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA RED DE SALUD NASCA - 2025; el cual, en documento adjunto es parte integrante de la presente resolución y está compuesto de ONCE (11) folios.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Dejar sin efecto todo acto resolutivo que se oponga a la presente.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Notifíquese la presente resolución a las Unidades o Áreas correspondientes y publíquese en la Página Web del [www.hospitalnasca.gob.pe](http://www.hospitalnasca.gob.pe), para conocimiento y fines pertinentes.

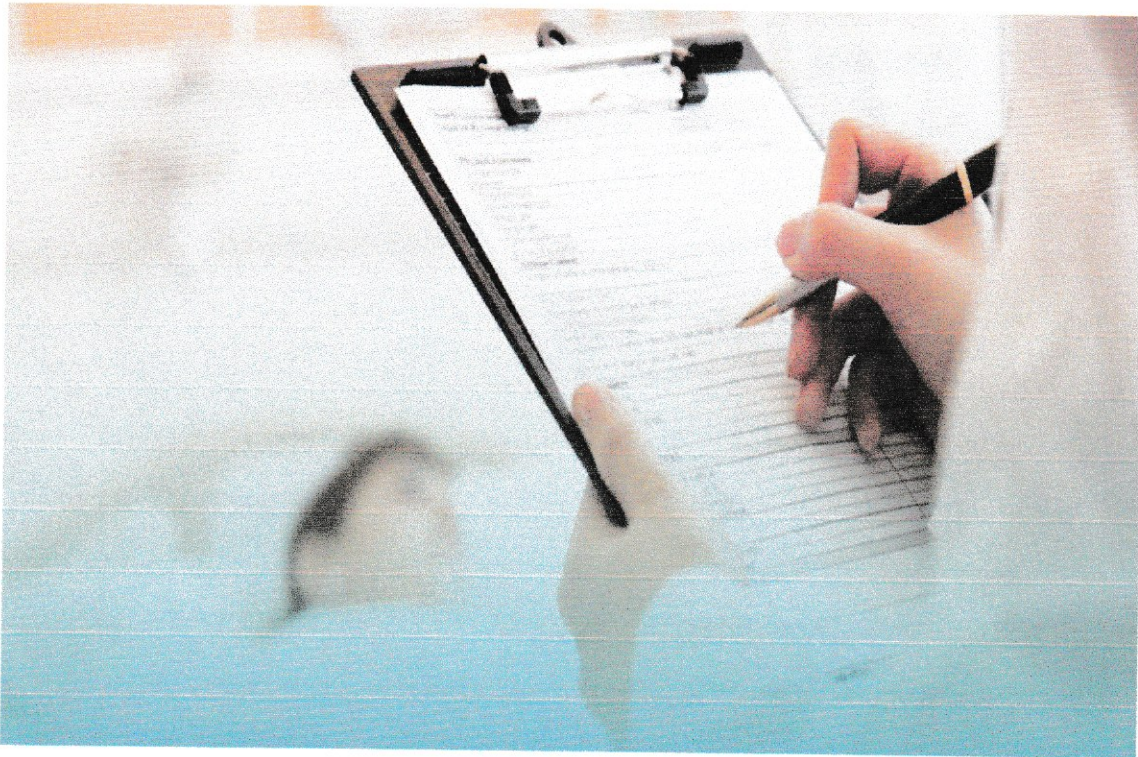
**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,**

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA  
UNIDAD EJECUTORA 402 SALUD NASCA  
*[Firma]*  
M. C. VICTOR RAUL AZARUA FERNANDEZ  
CMI/36728  
DIRECTOR EJECUTIVO

VRAF/DE-UE402SN  
DMA/DA  
YEGH/J-UGRH



# PLAN DE AUTOEVALUACION de la RED DE SALUD NASCA UNIDAD EJECUTORA 402



**NASCA – 2025**



## I. FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA

### A. FINALIDAD:

Garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud de la Unidad Ejecutora 402 - Salud Nasca, Red de Salud Nasca, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos en la Norma Técnica de Salud para la Acreditación del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo.

El mandato de la normatividad, las exigencias sociales, económicas y éticas referida a la atención y al cuidado de la salud hace imperativa la Implementación y el cumplimiento del componente de garantía y mejora de la calidad contenida en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, establecida mediante Resolución Ministerial 519-2006/MINSA.

### B. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA:

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante R.M. 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los establecimientos de salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad, el cual al implementarse contribuirá en mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario.

Actualmente, la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V,02, aprobada el 4 de junio del 2007 mediante la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, es la que regula el proceso de acreditación, siendo uno de los primeros pasos para la autoevaluación que tiene que ser aplicada bajo un plan, cumpliendo un conjunto de pautas que permitan avanzar progresivamente y de manera firme hacia este objetivo.

La acreditación contempla la autoevaluación como la primera fase del proceso, para lo cual es necesario seleccionar y nombrar al EQUIPO DE ACREDITACIÓN, siendo oficializado con Resolución Directoral previa capacitación bajo un estándar que será propuesto por la entidad superior.

La autoevaluación es el inicio de un conjunto de acciones que cursa por el camino del mejoramiento continuo de procesos y se orienta hacia la acreditación de los establecimientos de salud, siendo Imprescindible su desarrollo a efecto de diagnosticar las limitaciones o debilidades que permitan alcanzar un establecimiento que cumpla con estándares de calidad aceptables.

## II. OBJETIVOS:

### A. OBJETIVO GENERAL:

Lograr el nivel aprobatorio mínimo en los estándares de calidad para que nuestros Establecimientos de Salud Jurisdicción de la Unidad Ejecutora 402 - Salud Nasca, Red de Salud de Nasca, se sometan a una evaluación externa y acreditarnos como establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención que brinda prestaciones de





calidad.

#### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Fortalecer competencias de los equipos de evaluadores internos para la Autoevaluación del año 2025.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación con la participación de la Dirección y su Equipo de responsables del Primer Nivel de Atención de la Red de Salud Nasca, para el año 2025.

### **III. AMBITO DE APLICACIÓN:**

El presente plan es de alcance a todas las Unidades Orgánicas y funcionales que conforman los Establecimientos de Salud de la Red de Salud Nasca.

### **IV. BASE LEGAL:**

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
- Decreto Legislativo N° 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016 - 2020.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/ MINSA "Lineamientos para la Organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 142-2007 /MINSA: Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.
- Resolución Ministerial N\* 270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N\* 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud N\* 021- MINSA/DGSP-V.03: Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N\* S72-2011/MINSA "Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del I.



- y III Nivel de Atención"
- Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA "Directiva para la evaluación de desempeño de la Gestión de los directores generales de Institutos Nacionales y Hospitales del ministerio de Salud"
  - Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueban las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

## V. DISPOSICIONES GENERALES

El Proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.

Las acciones de evaluación de cada fase del proceso de acreditación estarán a cargo de evaluadores previamente certificados, cuyas funciones serán sujetas de vigilancia y control de la autoridad institucional.

La evaluación para la acreditación se realizará en base a estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y contenidos en el Listado de Estándares y Acreditación.

El Listado de Estándares para la Acreditación se constituye como el único documento para la evaluación periódica de los elementos relacionados con la calidad - estructura, proceso y resultados que deben cumplir el establecimiento de salud.

Para el desarrollo de la Autoevaluación se debe brindar asistencia Técnica y capacitación a los evaluadores internos, parte fundamental para un desempeño óptimo.

El proceso de autoevaluación debe ser llevado a cabo en absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad, con socialización a todas las áreas para evitar la resistencia del recurso humano a mejorar.

## VI. DEFINICIONES

- 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 evacuación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódica, 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 en las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.
- Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos.





relativos a la calidad.

- Guía Técnica del Evaluador: Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la verificación en los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.
- Listado de Estándares de Acreditación: Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macro-procesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

## VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

### 5.1 SOBRE LOS COMPONENTES DE GESTIÓN

#### A. ORGANIZACIÓN

a. Conformación Actualización/Oficialización del Equipo de Evaluadores Internos Se debe conformar los equipos de evaluadores internos con Resolución Directoral. De forma complementaria cada equipo se organizará internamente para el cumplimiento de las actividades. Lo que dará inicio al proceso de la autoevaluación. Los equipos antes mencionados deberán disponer del tiempo necesario para cumplir con los objetivos ya establecidos y remitirán sus Informes a un Equipo de Redacción constituido por los siguientes:

- El encargado del Proceso de Acreditación del Área de Calidad, consolidará la información y en última reunión con los evaluadores internos emitirán el Informe final.

b. Capacitación de Evaluadores Internos – Certificación:

Se solicitará la capacitación de los evaluadores internos a la DIRESA-ICA con la finalidad de fortalecer los conocimientos con respecto a este tipo evaluación de establecimientos de salud.

c. Elaboración y Socialización del Plan de Autoevaluación (Acreditación):

El equipo de evaluadores internos formulará estrategias de comunicación orientado a sensibilizar y acoger la colaboración de los jefes, Coordinadores y trabajadores en general en el proceso de autoevaluación y acreditación Institucional. Para lo cual se realizará la presentación del plan en reunión del Equipo de Gestión, la elaboración y distribución de dípticos dentro de las Unidades



Orgánicas, la Publicación en la página WEB del Hospital del contenido del presente plan y los Objetivos del mismo.

**d. Ejecución de la Autoevaluación y remisión del informe final:**

Establecido el cronograma de actividades se procederá a la revisión de la normatividad a ser aplicada en el proceso de autoevaluación por cada uno de los integrantes, de forma complementarla se realizará la organización de tareas y metas por los responsables de equipos, para proceder al desarrollo de la autoevaluación acorde al cronograma establecido. Elaboración de los Informes de cada equipo evaluador y remisión al Equipo de Redacción que se encargará de la consolidación de los resultados y redactará el informe final que debe ser elevado a la Dirección y niveles correspondientes. Finalmente se procederá a la retroalimentación a las Jefaturas, Coordinaciones y trabajadores en general.

**e. Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora:**

Los servicios y áreas proceden a realizar sus actividades para implementar las mejoras de acuerdo a las observaciones encontradas en cada macro proceso, el Área de Calidad monitoriza y hace el seguimiento de los avances mediante informe.

**B. RECURSOS E INSTRUMENTOS PARA LA AUTOEVALUACIÓN:**

- a. Evaluadores seleccionados y capacitados
- b. Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y documentos técnicos afines.
- c. Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría 1-4,1-3 y 1-2.
- d. Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- e. Hojas de registro de datos para la evaluación y de recomendaciones
- f. Aplicativo informático para el registro y procesamiento de resultados.

**C. METODOLOGÍA**

La autoevaluación será llevada a cabo por el equipo de evaluadores internos para lo cual harán uso del Listado de Estándares de Acreditación





correspondiente al nivel 1-4, 1-3 y 1-2 contando con la participación activa del director, Jefaturas, C.S. y Responsables de las Unidades Orgánicas de los Establecimientos de Salud, como evaluados y consecutivos implementadores de los procesos y proyectos de mejora. La experiencia y capacitación impartida al seleccionado equipo de evaluadores internos, permitirá verificar el cumplimiento de los criterios de evaluación a la realidad actual de los servicios ofertados en los plazos considerados en el Plan de auto evaluación con respaldo de la normativa vigente. Las técnicas a usar por el equipo de autoevaluación serán: de verificación y revisión de documentos, observación, entrevistas, muestras, encuestas, auditorías, siendo el principal instrumento la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

#### **D. PROCEDIMIENTOS PARA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN**

- a. Se deberá incluir el Plan de Autoevaluación en el Plan Operativo Anual.
- b. Para el proceso de autoevaluación, la Dirección dispone la conformación de un equipo de acreditación.
- c. Se selecciona a los evaluadores internos, según criterios preestablecidos.
- d. El equipo de acreditación, con el auspicio de la Dirección, promueve la difusión y el conocimiento del listado de estándares de acreditación entre el personal del hospital.
- e. Se designa los responsables de cada Unidad, Servicio y Área para interactuar con los evaluadores internos y posteriormente los externos.
- f. Es obligatorio el reporte del inicio de la autoevaluación a las instancias superiores.
- g. El equipo de evaluadores internos inicia la evaluación interna y concluyen con el informe final de autoevaluación.

### **5.2 SOBRE EL FINANCIAMIENTO**

#### **A. ACTIVIDAD:**

- a. Gestión Administrativa:
  - Bienes

N°	NOMBRE - ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO TOTAL
1	Lapicero de tinta azul	Unidad	20	20.00
2	Corrector liquido tipo lapicero	Unidad	10	20.00
3	Lápiz negro	Unidad	20	20.00
4	Borrador blanco para lápiz	Unidad	20	25.00
5	Memoria portátil USB 4GB	Unidad	2	30.00
6	Papel bond tamaño A4	Empaque x 500	2	36.00
7	Tablero con sujetador de metal A4	Unidad	10	50.00
8	<b>TOTAL</b>			<b>206.00</b>





## VIII. RESPONSABILIDADES

- M.C. Víctor Raúl Arana Fernández                      Director Ejecutivo
- Econ. Dioselinda Mendivel Avalos                      Director Administrativo
- Q.F. Ana Patricia Isabel Ramírez Córdova              Coord. – Autoevaluación
  
- De la Elaboración y ejecución del plan de Autoevaluación:
  - ✓ Equipo de evaluadores internos
  
- Del Proceso de Autoevaluación
  - ✓ Equipo de Acreditadores
  - ✓ Equipo de Evaluadores Internos
  - ✓ Jefes de Unidades y Servicios
  
- De la elaboración y ejecución de las Acciones de Mejora Post Autoevaluación
  - ✓ Jefes de Unidades y Servicios
  
- Del Monitoreo y Seguimiento de las Acciones de Mejora Post Autoevaluación
  - ✓ Equipo de Calidad

## IX. DISPOSICIONES FINALES

1. El Área de Calidad deberá difundir los Estándares de Calidad a los Servicios y Áreas para su conocimiento e inicio de actividades antes de la Autoevaluación.
2. La Autoevaluación tendrá una duración de 15 días, tiempo en el cual los evaluadores realizarán las visitas a las Unidades, Servicios y Áreas, además entregarán la documentación al Coordinador de Calidad.
3. El equipo de Calidad, tiene 15 días para procesar la información de la Autoevaluación y emitir Informe final.
4. Los casos no previstos en el presente plan, serán absueltos por el equipo de Evaluadores Internos y el Coordinador de la Autoevaluación.

## X. ANEXOS

- Nº1 Cronograma de actividades del Plan de Autoevaluación para la acreditación 2025.
- Nº2 Hoja de Registro de datos para Autoevaluación
- Nº3 Hoja de Recomendaciones



## Cronograma de actividades del Plan de Autoevaluación para la acreditación 2025

ACTIVIDADES	META ANUAL	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	FUENTE DE VERIFICACION	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Conformación – actualización y oficialización del Equipo de Evaluadores Internos	1	Dirección Ejecutiva Unidad de Calidad	Resolución Directoral	X								
Capacitación de Evaluadores Internos	1	Unidad de Calidad Unidad de Capacitación	Informe		X							
Elaboración y Socialización del plan de Autoevaluación para la Acreditación	1	Unidad de Calidad Unidad de Planeamiento Estratégico	Plan Resolución Directoral		X							
Acreditación – Autoevaluación	17	Unidad de Calidad Equipo de Evaluadores Internos	Informe					X	X			
Remisión de Informe final	1	Unidad de Calidad Equipo de Evaluadores Internos	Informe Final							X		
Seguimiento y Monitoreo a las Acciones de Mejora Post Autoevaluación	1	Unidad de Calidad	Informe								X	







