



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO



EQUIPO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2025



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025**

MIEMBROS INTEGRANTES DE LA UNIDAD ORGÁNICA

JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lic. En Enf. María Ángela Vilchez Vásquez

**COORDINADORA DEL EQUIPO DE GARANTÍA DE LA
CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Lic. En Enf. Raquel Milena Maraví Inga

LÍDER DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

MC. José Francisco Verastegui Acuña

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS 2025

MC. Franklin Rivera Robles

Dra. Gladys Elsa Mendoza Suárez

Mg. Lina Bedrillana Cárdenas

MC. José Francisco Verastegui Acuña

MC. Luis Alberto Tena Aguilar

Lic. Elizabeth Utrilla Arellano

Lic. Enf. Edith Cerila Quispe Arteaga

Lic. Enf. Judith Huilca Ninca

Lic. Enf. Leslie Brigitte Cotrina Zurita

Lic. Enf. Jaqueline Noemí Sipán Lavado

MC. Cesar Augusto Barreto Mayuri

QF. Katty Rocío Alvarez Flores de Falero

Ing. Alfredo León Palomino

Asst. Adm. Henry Javier Pineda Rivera

Lic. Enf. Raquel Milena Maraví Inga

MC Ramiro Alvaro Cucho Avalos

Lic. Enf. Sonia Ruelas cayo

Lic. Enf. Melvin María Sam Medina

Lic. Obst. Alessandra Romina Arenas Arteaga

MC. Jose Ernesto Fernandez Chinguel

Tec. Adm. Luz Osiris Echevarría Correa





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. FINALIDAD	4
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	4
4.1 OBJETIVO GENERAL	4
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
V. ALCANCE	4
VI. BASE LEGAL	4
VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN	5
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN	7
VIII.1. Matriz de Articulación de OEI y Actividades Operativas	7
VIII.2. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - A	8
VIII.3. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - B	11
IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	14
X. RESPONSABILIDADES	15
XI. ANEXOS	15
IX. BIBLIOGRAFÍA	19





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de Lurigancho**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025****I. INTRODUCCIÓN**

En el Perú, el compromiso con la calidad de la atención en salud ha sido formalmente establecido a través del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Dentro de este sistema, la acreditación de los establecimientos de salud constituye un proceso fundamental, orientado a garantizar servicios efectivos, eficientes y seguros, centrados en la satisfacción del usuario. Este proceso, además de fortalecer la confianza de la población, promueve una cultura de mejora continua en la gestión institucional.

El proceso de acreditación inicia con una etapa clave: la autoevaluación institucional. Esta fase constituye la base del ciclo de mejora de la calidad, ya que permite a la institución, identificar sus fortalezas, debilidades, oportunidades de mejora y niveles de cumplimiento frente a los estándares nacionales. La autoevaluación debe ser implementada mediante un plan de trabajo organizado y sistemático, con la participación activa del equipo de evaluadores y de los responsables de cada unidad funcional, siguiendo lineamientos técnicos que orienten hacia el logro de metas progresivas y sostenibles.

Desde finales del año 2009, el Hospital San Juan de Lurigancho ha emprendido esfuerzos significativos en el desarrollo de la autoevaluación, con la participación activa de los jefes de las unidades orgánicas y equipos técnicos. Esta actividad ha permitido generar un diagnóstico situacional que, si bien ha mostrado avances importantes en diversos componentes, aún revela brechas por cerrar en términos de cumplimiento de estándares. Estas brechas impiden, por el momento, avanzar hacia la evaluación externa, lo cual resalta la necesidad de consolidar y fortalecer este proceso como una prioridad institucional.

En ese contexto, el presente plan de trabajo tiene como propósito organizar y fortalecer el proceso de autoevaluación institucional, integrando aspectos clave como la selección y conformación de un equipo de evaluadores internos, la planificación estratégica de las actividades, la ejecución de la evaluación conforme a los criterios establecidos en la normativa vigente, la elaboración del informe técnico con hallazgos y recomendaciones, así como la implementación de acciones correctivas orientadas al cierre de brechas y a la mejora continua.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025**

II. FINALIDAD

Establecer las bases para la ejecución de la primera fase del proceso de acreditación, la autoevaluación, asegurando un desarrollo estructurado, preciso y alineado con los estándares de calidad en salud.

III. JUSTIFICACIÓN

La autoevaluación es un componente clave del proceso de acreditación, ya que permite a las instituciones de salud evaluar de manera interna su desempeño en relación con los estándares de calidad. Este proceso es esencial para identificar brechas y diseñar estrategias de mejora continua que impacten directamente en la seguridad del paciente y la eficiencia de los servicios de salud.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Ejecutar la primera fase del proceso de acreditación mediante la autoevaluación del Hospital San Juan de Lurigancho, asegurando la correcta aplicación de la metodología y los criterios establecidos según la normativa vigente.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asegurar una planificación efectiva del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital San Juan de Lurigancho.
- Desarrollar el proceso de autoevaluación de manera estructurada y participativa.
- Implementar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.

V. ALCANCE

El presente Plan es de aplicación a todas las unidades de organización y funcionales del Hospital San Juan de Lurigancho.

VI. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N°1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo N°013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N°008-2014-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Resolución Ministerial N°1263-2004/MINSA que aprueba el "Lineamientos para la Organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de Lurigancho**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025**

- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico del "Sistema de Gestión de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°142-2007/MINSA, que aprueba "Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial N°499-2010-MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de San Juan de Lurigancho.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- Resolución Directoral N°083-2025-DE-HSJL/MINSA, que aprueba la actualización del Equipo de Acreditación del Hospital San Juan de Lurigancho correspondiente al ejercicio 2025.
- Resolución Directoral N°112-2025-DE-HSJL-HSJL/MINSA, que aprueba la Actualización del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital San Juan de Lurigancho correspondiente al ejercicio 2025.

VII. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La evaluación será realizada por el equipo de evaluadores internos, conforme a las pautas establecidas en la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, garantizando la aplicación uniforme de los criterios de evaluación y la precisión en el proceso.

Se utilizará las siguientes técnicas e instrumentos de evaluación:

Técnicas para la Evaluación:

- Verificación documental (normativas, registros y procedimientos).
- Observación directa en la prestación de servicios.
- Entrevistas al personal y usuarios.
- Muestreo de historias clínicas y procesos.
- Encuestas y auditorías para evaluar el cumplimiento de estándares.

Instrumentos para la Evaluación:

- Listado de Estándares de Acreditación del nivel II-2
- Hojas de Registro de Datos para evidenciar hallazgos.
- Matriz de Selección para priorizar problemas identificados.
- Hoja de Recomendaciones para definir acciones de mejora.

El equipo de autoevaluación trabajará en estrecha coordinación con el Equipo de Acreditación del HSJL, dando cumplimiento al cronograma y objetivos establecidos.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN

VIII.1. Matriz de Articulación de OEI y Actividades Operativas

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA												ÁREA RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Ejecutar la primera fase del proceso de acreditación mediante la autoevaluación del Hospital San Juan de Lurigancho, asegurando la correcta aplicación de la metodología y los criterios establecidos según la normativa vigente	Asegurar una planificación efectiva del proceso de autoevaluación para la acreditación del Hospital San Juan de Lurigancho	Actualizar la conformación del Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos del HSJL	RD	1	X	X	X										Unidad de Gestión de la Calidad
		Elaborar y aprobar el Plan de Autoevaluación	INFORME	1		X	X										
		Designar a los Responsables de servicio para interactuar con el Equipo de Evaluadores Internos	MEMORANDO	1					X								
		Difundir el Listado de Estándares de Acreditación	MEMORANDO CIRCULAR	1						X							
		Comunicar el inicio de Autoevaluación a la Dirección Ejecutiva del HSJL y Oficina de Gestión de la Calidad de DIRIS LC	MEMORANDO CIRCULAR / OFICIO	2							X	X					
		Capacitar al Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos en el desarrollo de la autoevaluación.	ACTA	1									X				
		Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación de los diversos macroprocesos	HOJA DE REGISTROS	21										X			
		Elaborar el Informe Técnico de Autoevaluación	INFORME	1											X		
		Socializar el resultado final de los macroprocesos evaluados con sus respectivas observaciones y recomendaciones.	MEMORANDO CIRCULAR	1												X	
	Implementar acciones de mejora según los resultados del proceso de autoevaluación.	Monitorear el cumplimiento de las recomendaciones y la implementación de acciones de mejora continua	MATRIZ DE MEJORAS	1			X			X							
		Elaborar el Informe de Monitoreo del Plan de Acción	INFORME	1			X			X							



VIII.2. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - A

ACTIVIDADES		RESPONSABLES	OCTUBRE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
			Semana 1							Semana 2							Semana 3							Semana 4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
			1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	OCTUBRE																							
		Semana 1							Semana 2							Semana 3							Semana 4		
		1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31	
Revisión y corrección del informe	Lic. Enf. Raquel Milena Maravi Inga																								
Entrega del informe técnico	Lic. Enf. Maria Angela Vilchez Vasquez																								



VIII.3. Cronograma de Actividades para la Autoevaluación - B

Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	NOVIEMBRE																															RESPONSABLE	
			Semana 1							Semana 2							Semana 3							Semana 4											
			1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31										
MC. José Francisco Verastegui Acuña	Direccionamiento	MC. Franklin Rivera Robles		M	T																													MC. Juan Carlos Becerra Flores	
	Gestión de recursos humanos	Dra Gladys Elsa Mendoza Suárez			M	M																												Lic. Lorena Julissa Aguinaga Velez	
	Gestión de la calidad	Mg. Lina Bedrillana Cárdenas				M	M																											Lic. Enf. María Ángela Vilchez Vásquez	
	Manejo de riesgo de la atención	MC. José Francisco Verastegui Acuña					M																											Lic. Enf. Raquel Milena Maravi Inga	
	Control de la Gestión y prestación	MC. Luis Alberto Tena Aguilar																																	MC. José Francisco Verastegui Acuña
	Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Elizabeth Ultrilla Arellano																																	Lic. Enf. Flor de María Cordova Bombilla
	Atención Ambulatoria	Lic. Enf. Edith Cerila Quispe Arteaga																																	MC Gladys Elsa Mendoza Spáñez
	Atención de Hospitalización	Lic. Enf. Judith Huilica Ninca																																	MC. Franklin Rivera Robles



Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	NOVIEMBRE																												RESPONSABLE				
			Semana 1							Semana 2							Semana 3							Semana 4											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		29	30	31	
MC. Henry Javier Pineda Rivera	Atención de Emergencia	Lic. Enf. Leslie Brigitte Cotrina Zurita												M	T																			MC. Cesar Augusto Barreto Mayuri	
	Atención Quirúrgica	Lic. Enf. Jaqueline Noemí Sipán Lavado														M	T																	MC. Juan Jofre Marrufo Asmat	
	Docencia e investigación	MC. Cesar Augusto Barreto Mayuri															M	T																MC Carlos Alberto Hurtado Rubio	
Lic. Enf. Raquel Milena Maravi Inga	Apoyo al Diagnóstico y tratamiento	QF. Katty Rocío Alvarez Flores de Falero																M																Mg. Hernes Vega Mendez	
	Admisión y alta	Ing. Alfredo León Palomino																	M															MC. José Ernesto Fernandez Chinguel	
	Referencia y Contrareferencia	MC Henry Javier Pineda Rivera																			M													MC. Sofia Victoria Villegas Reyes	
Lic. Enf. Raquel Milena Maravi Inga	Gestión de medicamentos	Lic. Enf. Raquel Milena Maravi Inga																																	QF Katty del Rocío Alvarez Flores
	Gestión de la Información	MC Ramiro Alvaro Cucho Avalos																																	MC. Jose Ernesto Fernandez Chinguel



Responsable por Sub-equipo	Macroprocesos	Equipos de Evaluadores Internos	NOVIEMBRE																															RESPONSABLE
			Semana 1							Semana 2							Semana 3							Semana 4										
			1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31									
Lic. Enf. Leslie Brigitte Coltrina Zurita	Descontaminación, limpieza, desinfección	Lic. Enf. Sonia Ruelas cayo																																Mg Nancy Gladys Aquino Yaringaño
	Manejo del riesgo social	Lic. Enf. Melvin María Sam Medina																																MC Giovanni Meneses Flores
	Manejo de la nutrición del paciente	Lic. Obst. Alessandra Romina Arenas Arteaga																																MC Giovanni Meneses Flores
	Gestión de Insumos y materiales	MC. José Ernesto Fernandez Chinguel																																Lic. Adm. Irene Rodríguez Huerta
	Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Adm. Luz Osiris Echevarría Carrea																																Sr. José Edwin Carbajal Estrada

*Lider del Equipo de Evaluadores: MC. José Francisco Verastegui Acuña



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de Lurigancho**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025****IX. EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN**

N°	Apellidos y Nombres	Departamento/Unidad/Servicio
1	MC. Franklin Rivera Robles	Departamento de Medicina
2	Dra. Gladys Elsa Mendoza Suárez	Unidad Funcional de Telesalud y Consultorios Externos
3	Mg. Lina Bedrillana Cárdenas	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
4	MC. José Francisco Verastegui Acuña	Unidad de Gestión de la Calidad
5	MC. Luis Alberto Tena Aguilar	Departamento de Gineco Obstetricia
6	Lic. Elizabeth Utrilla Arellano	Oficina de Planeamiento Estratégico
7	Lic. Enf. Edith Cerila Quispe Arteaga	Oficina de Planeamiento Estratégico
8	Lic. Enf. Judith Huilca Ninca	Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
9	Lic. Enf. Leslie Brigitte Cotrina Zurita	Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
10	Lic. Enf. Jaqueline Noemí Sipán Lavado	Departamento de Enfermería
11	MC. Cesar Augusto Barreto Mayuri	Departamento de Emergencia
12	QF. Katty Rocío Alvarez Flores de Falero	Departamento de Farmacia
13	Ing. Alfredo León Palomino	Unidad de Estadística e Informática
14	MC Henry Javier Pineda Rivera	Unidad de Gestión de la Calidad
15	Lic. Enf. Raquel Milena Maraví Inga	Unidad de Gestión de la Calidad
16	MC Ramiro Alvaro Cucho Avalos	Departamento de Cirugía
17	Lic. Enf. Sonia Ruelas cayo	Departamento de Enfermería
18	Lic. Enf. Melvin María Sam Medina	Unidad de Gestión de la Calidad
19	Lic. Obst. Alessandra Romina Arenas Arteaga	Departamento de Gineco Obstetricia
20	MC. Jose Ernesto Fernandez Chinguel	Unidad de Estadística e Informática
21	Tec. Adm. Luz Osiris Echeverría Correa	Unidad de Estadística e Informática





PERÚ

Ministerio
de Salud

Vicerrectorado
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025**

X. RESPONSABILIDADES

- La Dirección Ejecutiva en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad son los responsables de liderar el cumplimiento del presente plan.
- Los órganos y unidades de organización son los encargados de facilitar la información solicitada por el Equipo de Autoevaluación.

XI. ANEXOS

Anexo N°01: Hoja de Registro de datos para Autoevaluación.

Anexo N°02: Hoja de Recomendaciones.

Anexo N°03: Ejemplo de Aplicación de los Criterios de Verificación.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de Lurigancho**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025****Anexo N°01: Hoja de Registro de datos para Autoevaluación****Establecimiento de Salud :**

Macroproceso:

Evaluador(es):

Fecha :

Servicios evaluados :

Participantes de la evaluación:

Código del Estándar:

Código de criterio de evaluación	Puntaje	Fuente auditable	Técnica utilizada	Sustento del puntaje / Comentarios



ANEXO N°02: Hoja de Recomendaciones.

Evaluador(es) :

Fecha _____

Servicios evaluados :[illegible]



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoDOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025

ANEXO N°03: Ejemplo de Aplicación de los Criterios de Verificación.

Ejemplo 1 de Aplicación

Criterios de evaluación	
Código Criterio	Criterio
DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas) 0: No ha formulado participativamente; 1: Ha formulado participativamente y no lo ha difundido; 2: Ha formulado participativamente y difundido
DIR1-6 ESPECÍFICO PARA ESTAB. PÚBLICO MUNSA	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestres están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud 0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del periodo están en los niveles esperados
DIR1-7	La Dirección asegura la adhesión del personal a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito nacional y/o regional. 0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión del personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor al 80%
DIR1-8 ESPECÍFICO PARA ESTAB. PÚBLICO MUNSA	La Dirección define sus metas respecto a las estrategias nacionales y regionales y las incluye en el POA (Plan Operativo Anual). 0: Define sus metas para menos del 50% de las estrategias; 1: Define sus metas para el 50% y 80% de las estrategias; 2: Define para más del 80% de las estrategias.

Alcance El criterio DIR1-1 tiene el alcance a la Dirección / Gerencia General, todos los órganos de línea de la organización, y los departamentos o áreas de atención al usuario. Adicionalmente, se debe ampliar el alcance aleatoriamente al personal operativo de los principales servicios de atención de la salud.

Aplicación El criterio DIR1-1 es a la vez un criterio de estructura y de proceso. Encierra dos variables: disponibilidad, que establece no sólo el hecho de contar con documentos de gestión que contengan la misión, visión, políticas institucionales, metas y objetivos (estructura), eficacia, que adicionalmente haya sido difundido a los equipos de trabajo del establecimiento de salud (proceso) y demuestra algunas variables adicionales de calificación.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de Lurigancho**DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
2025****Descripción**

Código Criterio	Técnica a utilizar	Razón para su selección
DIR1-1	Revisión de documento	Se exige la verificación en físico del elemento que contiene los aspectos solicitados en el criterio. Se trata de los
		enunciados estratégicos que deben estar contenidos en el documento de planificación de largo plazo de la organización.
	Observación	La comunicación puede ser escrita, oral. En este caso se considera la escrita y se trata de observar si los enunciados están publicados al alcance para los usuarios externos e internos en los ambientes de mayor tránsito.
	Entrevista	Como la opción de calificación establece si es conocido por el personal, se está exigiendo aplicar entrevistas a personal del establecimiento de salud, la cual puede ser realizada con la ayuda de una guía de preguntas previamente elaborada y aprobada por el equipo evaluador.

**X. BIBLIOGRAFÍA**

- Ministerio de Salud del Perú. (2006). Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Ministerio de Salud del Perú. (2009). Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Ministerio de Salud del Perú. (s.f.). Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría y Servicios de Apoyo , NIVEL II-2.
- Colegio Médico del Perú. (2013). Acreditación en Salud. Cuaderno de Debate N°7.