



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ DE MIRAFLORES, PARA EL AÑO 2025”



**DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA
OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS-LC	18 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

MC. PEDRO ALEJANDRO CRUZADO PUENTE
Director General

MC. JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

ECON. ERIK WILLIAM LIENDO ASCUE
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública



MC. LIZET YAJAHIRA QUINTANA MENDOZA
Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad

MC. JHONNY ISRAEL MAMANI VERA
Jefe del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores



ABOG. JORGE FELIX BALAREZO RENGIFO
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - Lic. Córdova Porras Valeria Estela | Evaluador Líder |
| - MC. Vela Ríos Luis Ángel | Evaluador |
| - MC. Criollo Román Claudia Alessandra | Evaluador |
| - MC. Canales Muzante Gina Kris Estefany | Evaluador |
| - Lic. Avalos Soldevilla Jaquelin Rocío | Evaluador |
| - Obst. Ramírez Vela Hady Martina | Evaluador |
| - Lic. Llanos Sotelo Alessandra | Evaluador |
| - MV. Pereyra Abastos Mery Geraldine | Evaluador |
| - Obst. Noriega Vicente Sheyla Vanessa | Evaluador |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:.....	4
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS:	5
IV. ALCANCE:.....	5
V. BASE LEGAL:	5
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:	6
6.1 Etapas de la Autoevaluación:.....	6
6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:	8
6.3 Instrumentos a utilizar:	9
VII. RESPONSABILIDADES:.....	9
VIII. ANEXOS:	9





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ DE MIRAFLORES, PARA EL AÑO 2025"

I. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a la Política General de Gobierno mediante el Decreto Supremo N°042-2023- PCM donde se especifica como Eje N°8 La salud como derecho humano, en el que se recalca mejorar los procesos de atención en salud con calidad. Es así que, desde la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud de MINSa en el marco de sus competencias, viene desplegando un conjunto de intervenciones inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSa; cuya finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.



Al respecto, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, bajo su componente de Garantía y Mejora de la Calidad, enmarca la línea de acción de Autoevaluación para la Acreditación conforme a lo estipulado en la Norma Técnica de Salud N°050- MINSa/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" donde se establece el principio de universalidad, manifestándose que la acreditación en salud es un proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.



En ese sentido, es preciso mencionar que para obtener la acreditación del establecimiento de salud, requiere iniciar con la primera fase: Autoevaluación para la acreditación; que está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

Es por ello que el presente plan de autoevaluación está elaborado conforme a la estructura mencionada en la Resolución Ministerial N°270- 2009/MINSa "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores en cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025, alineado a las actividades inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad expuestas en el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de DIRIS Lima Centro, considera de mucha importancia la implementación y ejecución de la primera fase del proceso de Acreditación en Salud, toda vez que se evidenciará a través del resultado obtenido si el establecimiento de salud cuenta con la capacidad para brindar prestaciones de salud con calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, permitiendo además la identificación de oportunidades de mejora establecidas en las observaciones y/o recomendaciones realizadas en cada macroproceso evaluado, promoviendo acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud, garantizando un entorno seguro, mitigando el riesgo tanto para el usuario y el personal que labora en el establecimiento.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

3.2 Objetivos Específicos

- OE1: Evaluar el cumplimiento de los macroprocesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-3.
- OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento.
- OE4: Implementar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Acreditación en el Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores



IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General

- 5.1.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- 5.1.2 Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
- 5.1.3 Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- 5.1.4 Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y su reglamento con Decreto Supremo N°030-2020-SA.
- 5.1.5 Decreto Legislativo N° 1161, Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.1.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.1.7 Resolución Ministerial N° 467-2017-MINSA, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- 5.1.8 Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

- 5.1.9 Resolución Directoral N° 279-2022-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Manual de Funciones de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y modificatorias.
- 5.1.10 Resolución Directoral N° 603-2023-DG-DIRIS-LC, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-DIRIS-LC/DA-OPyMGP-UFM-2023-V.03 "Pautas para la elaboración de Documentos Normativos y de Gestión de la DIRIS LC".

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueban Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- 5.2.6 Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación conformado a nivel de RIS y Equipo Evaluadores Internos de las IPRESS del primer nivel de atención adscritas a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el período 2025.
- 5.2.7 Resolución Administrativa N° 225-2025-DMGS-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de la DIRIS Lima Centro.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores conforme a lo establecido en la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA y el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-3, deberá realizarse de manera participativa con interacción presencial del equipo de evaluadores internos, la jefatura los responsables de los servicios y áreas del establecimiento de salud, desarrollándose las siguientes etapas:

6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

La jefatura en coordinación con el responsable de Calidad del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores deberá convocar a todo el personal del Establecimiento de Salud de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que hará ver las fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

La jefatura del establecimiento de salud, asigna formalmente al equipo evaluador interno, teniendo que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica sus funciones encomendadas; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. Cabe precisar que este Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01



PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Jaquelin Avalos Soldevilla	Enfermera	Evaluador Líder
2	Luis Ángel Vela Ríos	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Valeria Estela Córdova Porras	Enfermera	Evaluador interno
4	Alessandra Llanos Sotelo	Enfermera	Evaluador interno
5	Hadhy Ramírez Vela	Obstetra	Evaluador interno
6	Sheyla Noriega Vicente	Obstetra	Evaluador interno
7	MC. Criollo Román Claudia Alessandra	Médico Cirujano	Evaluador interno
8	MC. Canales Muzante Gina Kris Estefany	Médico Cirujano	Evaluador interno
9	MV. Pereyra Abastos Mery Geraldine	Médico Veterinario	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica Salud N°050 – MINS/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, la Guía del Evaluador Interno, el Listado de Estándares de Acreditación conforme al tipo de categoría del establecimiento, así como de las otras herramientas a utilizarse.

6.1.2 Etapa 2

La jefatura remite mediante un oficio, la Comunicación de inicio de la Autoevaluación a DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores.

- El equipo evaluador realiza la REUNIÓN DE APERTURA (generando un acta de la reunión) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de presentar los objetivos de la evaluación, presentarse como equipo evaluador, presentar el Plan de Autoevaluación (dar a conocer el cronograma de evaluación), el Listado de estándares de acreditación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, cabe precisar que el proceso de Autoevaluación es máximo cuatro (04) semanas) y mencionar la designación de los evaluadores internos que interactúan con los evaluados por servicio o área durante la visita de evaluación.
- Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador interno solicita a la jefatura que disponga la entrega de las normas que MINS/A, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados de manera virtual o física.
- Llevar a cabo la autoevaluación con la interacción del evaluador interno y los evaluados del servicio o área, quienes revisarán y discutirán conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparando el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron de la misma forma, a fin de relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINS/A, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "Acreditación" se debe elaborar el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realiza la REUNIÓN DE CIERRE (generando un acta) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar sobre los criterios de evaluación si se han cumplido o no (siendo un informe preliminar), además durante el procesamiento de resultados se propiciará una oportunidad para que el evaluado intercambie puntos de vista o dé explicaciones y presente sustentos. Así también acordarán la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- El informe técnico final será enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.3 Instrumentos a utilizar:

- Listado de estándares de acreditación que se van a aplicar.
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación.
- Hojas de recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de los resultados.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Santa Cruz de Miraflores.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

- Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

- Define las acciones de planificación para la acreditación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo Evaluador Interno del establecimiento de salud.
- Remite mediante documento formal la Comunicación de Inicio del proceso de Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro.
- Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud.
- Brinda las facilidades y recursos para la implementación del proceso de Autoevaluación y para las acciones de mejora que deriven de los resultados del proceso de autoevaluación.
- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

7.4 Equipo Evaluador Interno:

- Verificar que la jefatura del establecimiento ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse con los evaluados de los servicios o áreas del establecimiento de salud.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

VIII. ANEXOS:

Anexo 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ Ministerio de Salud



Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

MACROPROCESOS	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM				IV TRIM								
		JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
1.- Direccionamiento	MC. Luis Angel Vela Rios	X																		
2.- Gestión de recursos humanos	MC. Luis Angel Vela Rios	X																		
3.- Gestión de la Calidad	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla	X																		
4.- Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla	X																		
5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	Obst. Hadhy Ramirez Vela	X																		
6.- Control de Gestión y prestación	Obst. Hadhy Ramirez Vela	X																		
7.- Atención Ambulatoria	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla																			
8.- Atención Extramural	Lic. Alessandra Llanos Sotelo																			
9.- Atención de Hospitalización	NO APLICA																			
10.- Atención de Emergencia	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla																			
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																			
12.- Docencia e Investigación	NO APLICA																			
13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Alessandra Llanos Sotelo																			



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 005	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSSCM	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM		
MC. Luis Ángel Vela Ríos	1.- Direccionamiento	MC. Luis Ángel Vela Ríos		Mañana							MC. Jhonny Israel Mamani Vera
	2.- Gestión de recursos humanos	MC. Luis Ángel Vela Ríos			Mañana						MC. Jhonny Israel Mamani Vera
	3.- Gestión de la Calidad	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla				Mañana					Lic. Valeria Estela Córdova Portas
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla					Mañana				MC. Luis Ángel Vela Ríos
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	Obst. Hadhy Ramirez Vela								Mañana	MC. Jhonny Israel Mamani Vera
	6.- Control de Gestión y prestación	Obst. Hadhy Ramirez Vela								Mañana	MC. Jhonny Israel Mamani Vera
Responsable por Sub equipo	Equipo de Evaluadores interno		JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			2° SEMANA								
Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla	7.- Atención Ambulatoria	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla	Mañana								MC. Jhonny Israel Mamani Vera
	8.- Atención Extramural	Lic. Alessandra Llanos Sotelo		Mañana							Lic. Maria Morales Bailion
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Jaquelin Avalos Soldevilla			Mañana						MC. Gina Kris Canales Muzante
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Alessandra Llanos Sotelo								Mañana	Lic. Nicolas Oliva Mendoza



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
 "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PERÚ Ministerio de Salud
 Dirección de Reglas Integradas de Salud Lima Centro

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01
Numeración	N° 005	

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)				
			3° SEMANA											
			LUN 14	MAR 15	MIER 16	JUE 17	VIER 18	SAB 19						
Obst. Hadhy Ramirez Vela	14.-Admisión y Alta	MC. Canales Muzante Gina Kris Estefany	Mañana							Tec.Asist. Zapata Guerrero Cecilia				
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Obst. Hadhy Ramirez Vela		Mañana						MC. Jhonny Israel Mamani Vera				
	16.-Gestión de medicamentos	Obst. Sheyla Noriega Vicente			Mañana					Tec. Asist. Maria Isabel Laguna Diaz				
	17.-Gestión de la Información	Obst. Sheyla Noriega Vicente				Mañana				Sra. Sheyla Montes				
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)				
			4° SEMANA											
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26						
			Lic. Valeria Estela Córdova Porras	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	MC. Criollo Román Claudia Alessandra	Mañana								Lic. Silvana López Guevara
				19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Valeria Estela Córdova Porras		Mañana							Lic. Maria Morales Ballon
21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Valeria Estela Córdova Porras				Mañana					Tec. Asist. Maldonado Villavicencio Carlos				
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	MV. Peryra Abastos Mery Geraldine					Mañana				Tec. Asist. Maldonado Villavicencio Carlos				



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 005	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSCM	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Lic. Córdova Porras Valeria Estela	Evaluador Líder
MC. Vela Ríos Luis Ángel	Evaluador
MC. Criollo Román Claudia Alessandra	Evaluador
MC. Canales Muzante Gina Kris Estefany	Evaluador
Lic. Avalos Soldevilla Jaquelin Rocio	Evaluador
Obst. Ramírez Vela Hady Martina	Evaluador
Lic. Llanos Sotelo Alessandra	Evaluador
MV. Pereyra Abastos Mery Geraldine	Evaluador
Obst. Noriega Vicente Sheyla Vanessa	Evaluador

Fuente: Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD RESCATE, PARA EL AÑO 2025"



DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS-LC	18 JUN. 2025



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

MC. PEDRO ALEJANDRO CRUZADO PUENTE
Director General

MC. JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

ECON. ERIK WILLIAM LIENDO ASCUE
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública



MC. LIZET YAJAHIRA QUINTANA MENDOZA
Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad

MC. DAVID ALEXANDER ROJAS ROSALES
Jefe del Puesto de Salud Rescate

ABOG. JORGE FELIX BALAREZO RENGIFO
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- MC. David Alexander Rojas Rosales Líder del equipo
- MC. Gianpierre Márquez Rojas Evaluador interno
- MC: Luz María Meneses Aramburú Evaluador interno
- Lic. Evelyn Del Pilar Rodríguez Soriano Evaluador interno
- Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas Evaluador interno



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	Nº 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:	4
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS:.....	5
IV. ALCANCE:	5
V. BASE LEGAL:	5
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:.....	6
6.1 Etapas de la Autoevaluación:.....	6
6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:.....	8
6.3 Instrumentos a utilizar:	9
VII. RESPONSABILIDADES:.....	9
VIII. ANEXOS:.....	9





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD RESCATE, PARA EL AÑO 2025"

I. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a la Política General de Gobierno mediante el Decreto Supremo N°042-2023- PCM donde se especifica como Eje N°8 La salud como derecho humano, en el que se recalca mejorar los procesos de atención en salud con calidad. Es así que, desde la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud de MINSA en el marco de sus competencias, viene desplegando un conjunto de intervenciones inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA; cuya finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

Al respecto, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, bajo su componente de Garantía y Mejora de la Calidad, enmarca la línea de acción de Autoevaluación para la Acreditación conforme a lo estipulado en la Norma Técnica de Salud N°050- MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" donde se establece el principio de universalidad, manifestándose que la acreditación en salud es un proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

En ese sentido, es preciso mencionar que para obtener la acreditación del establecimiento de salud, requiere iniciar con la primera fase: Autoevaluación para la acreditación; que está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

Es por ello que el presente plan de autoevaluación está elaborado conforme a la estructura mencionada en la Resolución Ministerial N°270- 2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Puesto de Salud Rescate, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Rescate en cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025, alineado a las actividades inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad expuestas en el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de DIRIS Lima Centro, considera de mucha importancia la implementación y ejecución de la primera fase del proceso de Acreditación en Salud, toda vez que se evidenciará a través del resultado obtenido si el establecimiento de salud cuenta con la capacidad para brindar prestaciones de salud con calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, permitiendo además la identificación de oportunidades de mejora establecidas en las observaciones y/o recomendaciones realizadas en cada macroproceso evaluado, promoviendo acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud, garantizando un entorno seguro, mitigando el riesgo tanto para el usuario y el personal que labora en el establecimiento.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el Puesto de Salud Rescate, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I - 2 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

3.2 Objetivos Específicos

- OE1: Evaluar el cumplimiento de los macroprocesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Puesto de Salud Rescate, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-2.
- OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Puesto de Salud Rescate.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Rescate, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento.
- OE4: Implementar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Acreditación en el Puesto de Salud Rescate.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Puesto de Salud Rescate.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General

- 5.1.1 Ley N°26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- 5.1.2 Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
- 5.1.3 Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- 5.1.4 Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y su reglamento con Decreto Supremo N°030-2020-SA.
- 5.1.5 Decreto Legislativo N°1161, Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.1.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.1.7 Resolución Ministerial N°467-2017-MINSA, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- 5.1.8 Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

- 5.1.9 Resolución Directoral N° 279-2022-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Manual de Funciones de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y modificatorias.
- 5.1.10 Resolución Directoral N° 603-2023-DG-DIRIS-LC, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-DIRIS-LC/DA-OPyMGP-UFM-2023-V.03 "Pautas para la elaboración de Documentos Normativos y de Gestión de la DIRIS LC".

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial. N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueban Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- 5.2.6 Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación conformado a nivel de RIS y Equipo Evaluadores Internos de las IPRESS del primer nivel de atención adscritas a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el periodo 2025.
- 5.2.7 Resolución Administrativa N°225-2025-DMGS-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de la DIRIS Lima Centro.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Puesto de Salud Rescate conforme a lo establecido en la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA y el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-2, deberá realizarse de manera participativa con interacción presencial del equipo de evaluadores internos, la jefatura, los responsables de los servicios y áreas del establecimiento de salud, desarrollándose las siguientes etapas:

6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

La jefatura en coordinación con el responsable de Calidad del Puesto de Salud Rescate, deberán convocar a todo el personal del Establecimiento de salud de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que hará ver las fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

La jefatura del Establecimiento de Salud, asigna formalmente al equipo evaluador interno, teniendo que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica sus funciones encomendadas; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. Cabe precisar que este Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Puesto de Salud Rescate.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	David Alexander Rojas Rosales	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Gianpierre Márquez Rojas	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Luz María Meneses Aramburú	Médico cirujano	Evaluador interno
4	Evelyn Del Pilar Rodríguez Soriano	Lic. Enfermería	Evaluador interno
5	María Mercedes Cadillo Sigueñas	Lic. Obstetricia	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica Sanitaria N° 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, la Guía del Evaluador Interno, el Listado de Estándares de Acreditación conforme al tipo de categoría del establecimiento, así como de las otras herramientas a utilizarse.

6.1.2 Etapa 2

La jefatura remite mediante un oficio, la Comunicación de inicio de la Autoevaluación a DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Puesto de Salud Rescate

- El equipo evaluador realiza la REUNIÓN DE APERTURA (generando un acta de la reunión) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de presentar los objetivos de la evaluación, presentarse como equipo evaluador, presentar el Plan de Autoevaluación (dar a conocer el cronograma de evaluación), el Listado de estándares de acreditación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, cabe precisar que el proceso de Autoevaluación es máximo cuatro (04) semanas) y mencionar la designación de los evaluadores internos que interactúan con los evaluados por servicio o área durante la visita de evaluación.
- Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador interno solicita a la jefatura que disponga la entrega de las normas que MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados de manera virtual o física.
- Llevar a cabo la autoevaluación con la interacción del evaluador interno y los evaluados del servicio o área, quienes revisarán y discutirán conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparando el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron de la misma forma, a fin de relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "acreditación" se debe elaborar el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realiza la REUNIÓN DE CIERRE (generando un acta) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar sobre los criterios de evaluación si se han cumplido o no (siendo un informe preliminar), además durante el procesamiento de resultados se propiciará una oportunidad para que el evaluado intercambie puntos de vista o dé explicaciones y presente sustentos. Así también acordarán la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- El informe técnico final será enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numaración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	Nº 004	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditoria:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.3 Instrumentos a utilizar:

- Listado de estándares de acreditación que se van a aplicar.
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación.
- Hojas de recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de información para la obtención de resultados.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Puesto de Salud Rescate.

7.2. Oficina de Gestión de Calidad

- Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

7.3. Jefatura del Establecimiento de Salud:

- Define las acciones de planificación para la acreditación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo Evaluador Interno del establecimiento de salud.
- Remite mediante documento formal la Comunicación de Inicio del proceso de Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro.
- Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud.
- Brinda las facilidades y recursos para la implementación del proceso de Autoevaluación y para las acciones de mejora que deriven de los resultados del proceso de autoevaluación.
- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

7.4. Equipo Evaluador Interno:

- Verificar que la jefatura del establecimiento ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse con los evaluados de los servicios o áreas del establecimiento de salud.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

VIII. ANEXOS:

Anexo 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





República de Perú
Ministerio de Salud
Lima, Perú

Compromiso de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 004	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DIGMS-OGC-PSR	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)		
			2° SEMANA									
			LUN 07	MAR 08	MIER 09	JUE 10	VIER 11	SAB 12				
MC. Gianpierre Marquez Rojas	1.- Direccionamiento	MC. David Alexander Rojas Rosales	X								CD. Jorge Cabrera Huamani	
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Gianpierre Marquez Rojas		X							Lic. Pamela Llanos Sandoval	
	3.-Gestión de la Calidad	Lic. Evelyn Del Pilar Rodriguez Soriano			X						MC. Gianpierre Marquez Rojas	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Gianpierre Marquez Rojas				X					Lic. Evelyn Del Pilar Rodriguez Soriano	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Evelyn Del Pilar Rodriguez Soriano					X				CD. Jorge Cabrera Huamani	
	6.-Control de Gestión y prestación	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas									MC. Darío Alexander Rojas Rosales	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)		
	3° SEMANA											
MC. Luz María Meneses Aramburú	7.- Atención Ambulatoria	MC. Luz María Meneses Aramburú	X								MC. Gianpierre Marquez Rojas	
	8.-Atención Extramural	Lic. Evelyn Del Pilar Rodriguez Soriano			X						Lic. Vilma Campos Goraldez de Iparraguirre	
	10.- Atención de Emergencia	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas							X			Lic. Evelyn Del Pilar Rodriguez Soriano



PERU
Ministerio de Salud

Mecanismo de Prestadores y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSR	2025-V.01

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26		
MC. David Alexander Rojas Rosales	14.-Admisión y Alta	MC. David Alexander Rojas Rosales		X						Jacky Cabrera León
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas			X					MC. David Alexander Rojas Rosales
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Evelyn Del Pilar Rodríguez Soriano				X				Adam Rivera Huamani
	17.-Gestión de la Información	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas					X			Piero Sabarían Trujillo
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO/AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN 28	MAR 29	MIER 30	JUE 31	VIER 01	SAB 02		
Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas		X						Ricardo Manuel Barrientos Leguía
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas			X					CD. Jorge Cabrera Huamani
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas				X				Julio Manuel De La Cruz Garay
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas						X		Julio Manuel De La Cruz Garay



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 004	DIRIS -LC/DMG3-DGG-PSR	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. David Alexander Rojas Rosales	Líder del equipo
MC. Gianpierre Márquez Rojas	Evaluador interno
MC. Luz María Meneses Aramburú	Evaluador interno
Lic. Evelyn Del Pilar Rodríguez Soriano	Evaluador interno
Lic. María Mercedes Cadillo Sigueñas	Evaluador interno

Fuente: Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ZÁRATE,
PARA EL AÑO 2025”**

**DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA
OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS -LC	18 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

MC. PEDRO ALEJANDRO CRUZADO PUENTE
Director General

MC. JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

ECON. ERIK WILLIAM LIENDO ASCUE
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública

MC. LIZET YAJAHIRA QUINTANA MENDOZA
Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad

MC. ROCÍO ASTOLA CASTILLO
Jefe del Centro de Salud Zárate

ABOG. JORGE FELIX BALAREZO RENGIFO
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-------------------|
| - MC. Rocio Astola Castillo | Líder del equipo |
| - C.D. Claudia Ñacari Huarcaya | Evaluador interno |
| - P.S. Blanca Rodríguez Fonseca | Evaluador interno |
| - MC. Ángela Zapata Carhuancho | Evaluador interno |
| - Tec. Adm. Claudio Chumbe Taipe | Evaluador interno |
| - Lic. Enf. Marisol Sanchez Janampa | Evaluador interno |
| - Tec. Enf. Cynthian Mosqueira Buitron | Evaluador interno |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:.....	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS:	5
IV. ALCANCE:.....	5
V. BASE LEGAL:	5
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:	6
6.1 Etapas de la Autoevaluación:.....	6
6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:	8
6.3 Instrumentos a utilizar:	9
VII. RESPONSABILIDADES:.....	9
VIII. ANEXOS:	10





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD ZÁRATE, PARA EL AÑO 2025"

I. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a la Política General de Gobierno mediante el Decreto Supremo N°042-2023- PCM donde se especifica como Eje N°8 la salud como derecho humano, en el que se recalca mejorar los procesos de atención en salud con calidad. Es así que, desde la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSa en el marco de sus competencias, viene desplegando un conjunto de intervenciones inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA; cuya finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

Al respecto, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, bajo su componente de Garantía y Mejora de la Calidad, enmarca la línea de acción de Autoevaluación para la Acreditación conforme a lo estipulado en la Norma Técnica de Salud N°050- MINSa/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" donde se establece el principio de universalidad, manifestándose que la acreditación en salud es un proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

En ese sentido, es preciso mencionar que para obtener la acreditación del establecimiento de salud, requiere iniciar con la primera fase: Autoevaluación para la acreditación; que está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

Es por ello que el presente plan de autoevaluación está elaborado conforme a la estructura mencionada en la Resolución Ministerial N°270- 2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Centro de Salud Zárate, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Zárate en cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025, alineado a las actividades inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad expuestas en el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de DIRIS Lima Centro, considera de mucha importancia la implementación y ejecución de la primera fase del proceso de Acreditación en Salud, toda vez que se evidenciará a través del resultado obtenido si el establecimiento de salud cuenta con la capacidad para brindar prestaciones de salud con calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, permitiendo además la identificación de oportunidades de mejora establecidas en las observaciones y/o recomendaciones realizadas en cada macroproceso evaluado, promoviendo acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud, garantizando un entorno seguro, mitigando el riesgo tanto para el usuario y el personal que labora en el establecimiento.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V,01

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el Centro de Salud Zárata, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

3.2 Objetivos Específicos

- OE1: Evaluar el cumplimiento de los macroprocesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Centro de Salud Zárata, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-3.
- OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Centro de Salud Zárata.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Zárata, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento.
- OE4: Implementar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Acreditación en el Centro de Salud Zárata.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Zárata.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General

- 5.1.1 Ley N°26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- 5.1.2 Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
- 5.1.3 Ley N°29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- 5.1.4 Ley N°30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y su reglamento con Decreto Supremo N°030-2020-SA.
- 5.1.5 Decreto Legislativo N°1161, Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.1.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.1.7 Resolución Ministerial N°467-2017-MINSA, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- 5.1.8 Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

- 5.1.9 Resolución Directoral N°279-2022-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Manual de Funciones de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y modificatorias.
- 5.1.10 Resolución Directoral N°603-2023-DG-DIRIS-LC, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-DIRIS-LC/DA-OPyMGP-UFM-2023-V.03 "Pautas para la elaboración de Documentos Normativos y de Gestión de la DIRIS LC".

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- 5.2.6 Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación conformado a nivel de RIS y Equipo Evaluadores Internos de las IPRESS del primer nivel de atención adscritas a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el periodo 2025.
- 5.2.7 Resolución Administrativa N°225-2025-DMGS-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de la DIRIS Lima Centro.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud Zárate conforme a lo establecido en la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA y el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel 1-3, deberá realizarse de manera participativa con interacción presencial del equipo de evaluadores internos, la jefatura, responsables de los servicios y áreas del establecimiento de salud, desarrollándose las siguientes etapas:

6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

La jefatura en coordinación con el responsable de Calidad del Centro de Salud Zárate, deberán convocar a todo el personal del Establecimiento de Salud de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que hará ver las fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

La jefatura del establecimiento de salud, asigna formalmente al equipo evaluador interno, teniendo que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica sus funciones encomendadas; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. Cabe precisar que este Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Zárate

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Rocío Astola Castillo	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Claudia Nacari Huarcaya	Cirujano Dentista	Evaluador interno
3	Blanca Rodríguez Fonseca	Psicóloga	Evaluador interno
4	Ángela Zapata Carhuacho	Médico Cirujano	Evaluador interno
5	Claudio Chumbe Talpe	Técnico Administrativo	Evaluador interno
6	Marisol Sanchez Janampa	Lic. Enfermería	Evaluador interno
7	Cynthian Mosqueira Buitron	Téc. Enfermería	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica Salud N°050-MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, la Guía del Evaluador Interno, el Listado de Estándares de Acreditación conforme al tipo de categoría del establecimiento, así como de las otras herramientas a utilizarse.

6.1.2 Etapa 2

La jefatura remite mediante un oficio, la Comunicación de Inicio de la Autoevaluación a DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Zárate:

El equipo evaluador realiza la REUNIÓN DE APERTURA (generando un acta de la reunión) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de presentar los objetivos de la evaluación, presentarse como equipo evaluador, presentar el Plan de Autoevaluación (dar a conocer el cronograma de evaluación), el Listado de Estándares de Acreditación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, cabe precisar que el proceso de Autoevaluación es máximo cuatro (04) semanas y mencionar la designación de los evaluadores internos que interactúan con los evaluados por servicio o área durante la visita de evaluación.

- Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador interno solicita a la jefatura que disponga la entrega de las normas que MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados de manera virtual o física.
- Llevar a cabo la autoevaluación con la interacción del evaluador interno y los evaluados del servicio o área, quienes revisarán y discutirán conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparando el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron de la misma forma, a fin de relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditaibles y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "Acreditación" se debe elaborar el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realiza la REUNIÓN DE CIERRE (generando un acta) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar sobre los criterios de evaluación si se han cumplido o no (siendo un informe preliminar), además durante el procesamiento de resultados se propiciará una oportunidad para que el evaluado intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos. Así también acordarán la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- El informe técnico final será enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.3 Instrumentos a utilizar:

- Listado de Estándares de Acreditación que se van a aplicar.
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación.
- Hojas de recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de información para la obtención de resultados.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Zárate.

7.2. Oficina de Gestión de Calidad

- Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

7.3. Jefatura del Establecimiento de Salud:

- Define las acciones de planificación para la acreditación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo Evaluador Interno del establecimiento de salud.
- Remite mediante documento formal la Comunicación de Inicio del proceso de Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro.
- Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud.
- Brinda las facilidades y recursos para la implementación del proceso de Autoevaluación y para las acciones de mejora que deriven de los resultados del proceso de autoevaluación.
- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

7.4. Equipo Evaluador Interno:

- Verificar que la jefatura del establecimiento ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse con los evaluados de los servicios o áreas del establecimiento de salud.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

VIII. ANEXOS:

Anexo 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

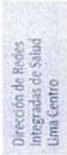
Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 003	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DIMGS-OGC-CSZ	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)		
			2° SEMANA									
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB				
M.C. Rocio Astola Castillo	1.- Direccionamiento	MC. Rocio Astola Castillo				X					Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe	
	2.-Gestión de recursos humanos	Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe				X					CD. Claudia Nacarí Huaracaya	
	3.-Gestión de la Calidad	CD. Claudia Nacarí Huaracaya						X			Lic. Marisol Sánchez Janampa	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Ps Blanca Rodriguez Fonseca						X			MC. Rocio Astola Castillo	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Marisol Sánchez Janampa								X	Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe	
	6.-Control de Gestión y prestación	CD. Claudia Nacarí Huaracaya									X	Ps Blanca Rodriguez Fonseca
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)		
			3° SEMANA									
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB				
M.C. Angela Zapata Carhuanchó	7.- Atención Ambulatoria	Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron	X									Ps Blanca Rodriguez Fonseca
	8.-Atención Extramural	Ps Blanca Rodriguez Fonseca		X								M.C. Angela Zapata Carhuanchó
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Mansol Sánchez Janampa					X					Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	M.C. Angela Zapata Carhuanchó								X		Lic. Marisol Sánchez Janampa



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4° SEMANA								
			LUN 27	MAR 28	MIER 29	JUE 30	VIER 31	SAB 01			
CD. Claudia Ñacari Huarcaya	14.-Admisión y Alta	CD. Claudia Ñacari Huarcaya	X								Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron
	15.-Referencia y Contrarreferencia	M.C. Angela Zapata Carhuanchu		X							Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe
	16.-Gestión de medicamentos	Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron			X						CD. Claudia Ñacari Huarcaya
	17.-Gestión de la Información	Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe				X					M.C. Angela Zapata Carhuanchu
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN 03	MAR 04	MIER 05	JUE 06	VIER 07	SAB 08			
Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Marisol Sánchez Janampa	X								Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe
	19.- Manejo de Riesgo Social	Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe		X							Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron			X						Tec Adm. Claudio Chumbe Taipe
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Enf. Cynthia Mosquera Buitron				X					Lic. Marisol Sánchez Janampa



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 003	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSZ	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Rocio Astola Castillo	Líder del equipo
C.D. Claudia Nacari Huarcaya	Evaluador interno
P.S. Blanca Rodríguez Fonseca	Evaluador interno
MC. Ángela Zapata Carhuancho	Evaluador interno
Tec. Adm. Claudio Chumbe Taipei	Evaluador interno
Lic. Enf. Marisol Sanchez Janampa	Evaluador interno
Tec. Enf. Cynthian Mosqueira Buitron	Evaluador interno

Fuente: Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres" "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE DE TOTORITA, PARA EL AÑO 2025”



DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS -LC	18 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

MC. PEDRO ALEJANDRO CRUZADO PUENTE
Director General

MC. JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

ECON. ERIK WILLIAM LIENDO ASCUE
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública

MC. LIZET YAJAHIRA QUINTANA MENDOZA
Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad

MC. EDMUNDO VARGAS LAREDO
Jefe del Centro de Salud Santa Fe de Totorita

ABOG. JORGE FELIX BALAREZO RENGIFO
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- C.D. Carlos Manuel Vargas Huerto Líder del equipo
- MC. Máximo Sandival Alfaro Evaluador interno
- MV. Claudia Treviño Caycho Evaluador interno
- Lic. Jazmín Villanueva Quispe Evaluador interno
- Tap. Ysabel Quincho Panéz Evaluador interno



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:.....	4
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS:.....	5
IV. ALCANCE:.....	5
V. BASE LEGAL:	5
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:	6
6.1 Etapas de la Autoevaluación:.....	6
6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:	8
6.3. Instrumentos a utilizar:.....	9
VII. RESPONSABILIDADES:.....	9
VIII. ANEXOS:.....	10





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTA FE DE TOTORITA, PARA EL AÑO 2025”

I. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a la Política General de Gobierno mediante el Decreto Supremo N°042-2023- PCM donde se especifica como Eje N°8 la salud como derecho humano, en el que se recalca mejorar los procesos de atención en salud con calidad. Es así que, desde la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA en el marco de sus competencias, viene desplegando un conjunto de intervenciones inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA; cuya finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

Al respecto, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, bajo su componente de Garantía y Mejora de la Calidad, enmarca la línea de acción de Autoevaluación para la Acreditación conforme a lo estipulado en la Norma Técnica de Salud N°050- MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" donde se establece el principio de universalidad, manifestándose que la acreditación en salud es un proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

En ese sentido, es preciso mencionar que, para obtener la acreditación del establecimiento de salud, requiere iniciar con la primera fase: Autoevaluación para la acreditación; que está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

Es por ello que el presente plan de autoevaluación está elaborado conforme a la estructura mencionada en la Resolución Ministerial N°270- 2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Centro de Salud Santa Fe de Totorita, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Santa Fe de Totorita en cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025, alineado a las actividades inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad expuestas en el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de DIRIS Lima Centro, considera de mucha importancia la implementación y ejecución de la primera fase del proceso de Acreditación en Salud, toda vez que se evidenciará a través del resultado obtenido si el establecimiento de salud cuenta con la capacidad para brindar prestaciones de salud con calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, permitiendo además la identificación de oportunidades de mejora establecidas en las observaciones y/o recomendaciones realizadas en cada macroproceso evaluado, promoviendo acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud, garantizando un entorno seguro, mitigando el riesgo tanto para el usuario y el personal que labora en el establecimiento.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el del Centro de Salud Santa Fe de Totorita, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

3.2 Objetivos Específicos

OE1: Evaluar el cumplimiento de los macroprocesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Centro de Salud Santa Fe de Totorita, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-3.

OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Centro de Salud Santa Fe de Totorita

OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Santa Fe de Totorita, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento.

OE4: Implementar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Acreditación en el del Centro de Salud Santa Fe de Totorita.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Santa Fe de Totorita.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General

- 5.1.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- 5.1.2 Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias.
- 5.1.3 Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- 5.1.4 Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y su reglamento con Decreto Supremo N°030-2020-SA.
- 5.1.5 Decreto Legislativo N° 1161, Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.1.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.1.7 Resolución Ministerial N° 467-2017-MINSA, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- 5.1.8 Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

- 5.1.9 Resolución Directoral N° 279-2022-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Manual de Funciones de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y modificatorias.
- 5.1.10 Resolución Directoral N° 603-2023-DG-DIRIS-LC, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-DIRIS-LC/DA-OPyMGP-UFM-2023-V.03 "Pautas para la elaboración de Documentos Normativos y de Gestión de la DIRIS LC".

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial. N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- 5.2.6 Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación conformado a nivel de RIS y Equipo Evaluadores Internos de las IPRESS del primer nivel de atención adscritas a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el período 2025.
- 5.2.7 Resolución Administrativa N° 225-2025-DMGS-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de la DIRIS Lima Centro.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud Santa Fe de Totorita conforme a lo establecido en la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA y el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-3, deberá realizarse de manera participativa con interacción presencial del equipo de evaluadores internos, la jefatura, los responsables de los servicios y áreas del establecimiento de salud, desarrollándose las siguientes etapas:

6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

La jefatura en coordinación con el responsable de Calidad del Centro de Salud Santa Fe de Totorita deberá convocar a todo el personal del Establecimiento de salud de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que hará ver fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

La jefatura del establecimiento de salud, asigna formalmente al equipo evaluador interno, teniendo que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica sus funciones encomendadas; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. Cabe precisar que este Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno Centro de Salud Santa Fe de Totorita

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Carlos Manuel Vargas Huerto	Cirujano dentista	Evaluador líder
2	Máximo Sandival Alfaro	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Claudia Treviño Caycho	Médico veterinario	Evaluador interno
4	Jazmin Villanueva Quispe	Lic. Enfermería	Evaluador interno
5	Ysabel Quincho Panéz	Tec. Enfermería	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica Salud N°050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, la Guía del Evaluador Interno, el Listado de Estándares de Acreditación conforme al tipo de categoría del establecimiento, así como de las otras herramientas a utilizarse.

6.1.2 Etapa 2

La jefatura remite mediante un oficio, la Comunicación de inicio de la Autoevaluación a DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Santa Fe de Totorita

- El equipo evaluador realiza la REUNIÓN DE APERTURA (generando un acta de la reunión) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de presentar los objetivos de la evaluación, presentarse como equipo evaluador, presentar el Plan de Autoevaluación (dar a conocer el cronograma de evaluación), el Listado de Estándares de Acreditación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, cabe precisar que el proceso de Autoevaluación es máximo cuatro (04) semanas) y mencionar la designación de los evaluadores internos que interactúan con los evaluados por servicio o área durante la visita de evaluación.
- Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador interno solicita a la jefatura que disponga la entrega de las normas que MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados de manera virtual o física.
- Llevar a cabo la autoevaluación con la interacción del evaluador interno y los evaluados del servicio o área, quienes revisarán y discutirán conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparando el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron de la misma forma, a fin de relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "Acreditación" se debe elaborar el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realiza la REUNIÓN DE CIERRE (generando un acta) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar sobre los criterios de evaluación si se han cumplido (siendo un informe preliminar), además durante el procesamiento de resultados se propiciará una oportunidad para que el evaluado intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos. Así también acordarán la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- El informe técnico final será enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.



6.2. Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.3. Instrumentos a utilizar:

- Listado de estándares de acreditación que se van a aplicar.
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación.
- Hojas de recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de información para la obtención de resultados.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Santa Fe de Totorita.

7.2. Oficina de Gestión de Calidad

- Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

7.3. Jefatura del Establecimiento de Salud:

- Define las acciones de planificación para la acreditación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo Evaluador Interno del establecimiento de salud.
- Remite mediante documento formal la Comunicación de Inicio del proceso de Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro.
- Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud.
- Brinda las facilidades y recursos para la implementación del proceso de Autoevaluación y para las acciones de mejora que deriven de los resultados del proceso de autoevaluación.
- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

7.4. Equipo Evaluador Interno:

- Verificar que la jefatura del establecimiento ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse con los evaluados de los servicios o áreas del establecimiento de salud.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

VIII. ANEXOS:

Anexo 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			MAR 01	MIER 02	JUE 03	VIER 04	SAB 05	LUN 08			
C.D. Carlos Vargas Huerto	1.- Direcciónamiento	C.D. Carlos Vargas Huerto	X							M.C. Edmundo Vargas Laredo	
	2.- Gestión de recursos humanos	C.D. Carlos Vargas Huerto		X						TAP. Verónica Díaz Villalobos	
	3.- Gestión de la Calidad	M.C. Máximo Sandival Alfaro			X					C.D. Carlos Vargas Huerto	
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	C.D. Carlos Vargas Huerto				X				M.C. Ezie Contreras Mendoza	
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D. Carlos Vargas Huerto					X		X	M.C. Máximo Sandival Alfaro	
	6.- Control de Gestión y prestación	C.D. Carlos Vargas Huerto							X	M.C. Edmundo Vargas Laredo	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
M.C. Máximo Sandival Alfaro	7.- Atención Ambulatoria	M.C. Máximo Sandival Alfaro	X								Lic. Tatiana Rosales Caro
	8.- Atención Extramural	M.C. Máximo Sandival Alfaro		X							M.V. Claudia Treviño Caycho
	10.- Atención de Emergencia	M.V. Claudia Treviño Caycho			X					X	M.C. Máximo Sandival Alfaro
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	M.C. Máximo Sandival Alfaro					X				TAP. Mario Villa Carbajal
			2° SEMANA								
			LU 7	MA 8	MIE 9	JU 10	VIE 11	SAB 12	SA 12		



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 002	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 14	MAR 15	MIER 16	JUE 17	VIER 18	SAB 19		
M.V. Claudia Treviño Caycho	14.-Admisión y Alta	M.V. Claudia Treviño Caycho	X							TAP Andreina Yaya Lorino
	15.-Referencia y Contrarreferencia	M.V. Claudia Treviño Caycho		X						Obst. Jessica Murillo Abadie
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Jazmín Villanueva Quispe			X					TAP Paola Zelaya Sánchez
	17.-Gestión de la Información	Lic. Jazmín Villanueva Quispe				X				TAP Roxana Ore Vilchez
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26		
Lic. Jazmín Villanueva Quispe	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	TAP Ysabel Quincho Panéz	X							M.V. Claudia Treviño Caycho
	19.- Manejo de Riesgo Social	M.V. Claudia Treviño Caycho		X						TAP Ana María Miranda Huamani
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Jazmín Villanueva Quispe			X					TAP Ysabel Quincho Panéz
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Jazmín Villanueva Quispe				X				TAP Ysabel Quincho Panéz



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 002	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSFT	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
C.D. Carlos Manuel Vargas Huerto	Líder del equipo
MC. Máximo Sandival Alfaro	Evaluador interno
MV. Claudia Treviño Caycho	Evaluador interno
Lic. Jazmín Villanueva Quispe	Evaluador interno
Tap. Ysabel Quincho Panéz	Evaluador interno

Fuente: Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD JUAN PEREZ CARRANZA, PARA EL AÑO 2025"

DIRECCIÓN DE MONITOREO Y GESTIÓN SANITARIA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 - 2025-DMGS-DIRIS-LC	18 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

MC. PEDRO ALEJANDRO CRUZADO PUENTE
Director General

MC. JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

ECON. ERIK WILLIAM LIENDO ASCUE
Jefe de la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública

MC. LIZET YAJAHIRA QUINTANA MENDOZA
Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad

MC. CARLA EDITH SERRANO CASTILLO
Jefa del Centro de Salud Juan Pérez Carranza

ABOG. JORGE FELIX BALAREZO RENGIFO
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-------------------|
| - MC. Carla Edith Serrano Castillo | Líder del Equipo |
| - MC. Rita M. Quiñones Lucero | Evaluador Interno |
| - MC. Carlos Napoleón Pozo Núñez | Evaluador Interno |
| - Tec. Asist. Tulio E. Quevedo Mendoza | Evaluador Interno |
| - Tec. Asist. Clene V. Condori Mayta | Evaluador Interno |
| - Trab. Soc. Laura F. Caballero Reategui | Evaluador Interno |
| - Tec. Asist. Edwin S. Morales Vidaurre | Evaluador Interno |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:.....	4
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS:	4
IV. ALCANCE:	5
V. BASE LEGAL:	5
VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:	6
6.1 Etapas de la Autoevaluación:	6
6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:	8
6.3 Instrumentos a utilizar:.....	9
VII. RESPONSABILIDADES:.....	9
VIII. ANEXOS:	10





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD JUAN PEREZ CARRANZA, PARA EL AÑO 2025”

I. INTRODUCCIÓN:

De acuerdo a la Política General de Gobierno mediante el Decreto Supremo N°042-2023- PCM donde se especifica como Eje N°8 La salud como derecho humano, en el que se recalca mejorar los procesos de atención en salud con calidad. Es así que, desde la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA en el marco de sus competencias, viene desplegando un conjunto de intervenciones inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA; cuya finalidad es garantizar a los usuarios y al sistema de salud, que los prestadores de salud cuentan con capacidades para brindar una atención de salud con calidad, contribuyendo así a mitigar las fallas atribuibles a los servicios de salud.

Al respecto, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, bajo su componente de Garantía y Mejora de la Calidad, enmarca la línea de acción de Autoevaluación para la Acreditación conforme a lo estipulado en la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" donde se establece el principio de universalidad, manifestándose que la acreditación en salud es un proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

En ese sentido, es preciso mencionar que, para obtener la acreditación del establecimiento de salud, requiere iniciar con la primera fase: Autoevaluación para la acreditación; que está basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejora continua de la calidad de atención en salud.

Es por ello por lo que el presente plan de autoevaluación está elaborado conforme a la estructura mencionada en la Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Centro de Salud Juan Pérez Carranza.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Juan Pérez Carranza en cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2025, alineado a las actividades inmersas en el Sistema de Gestión de la Calidad expuestas en el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de DIRIS Lima Centro, considera de mucha importancia la implementación y ejecución de la primera fase del proceso de Acreditación en Salud, toda vez que se evidencia a través del resultado obtenido en la autoevaluación si el establecimiento de salud cuenta con la capacidad para brindar prestaciones de salud con calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales, permitiendo además la identificación de oportunidades de mejora establecidas en las observaciones y/o recomendaciones realizadas en cada macroproceso evaluado, promoviendo acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud, garantizándose un entorno seguro, mitigando el riesgo tanto para el usuario y el personal que labora en el establecimiento.

III. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza, enfocado en la implementación de





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

3.2 Objetivos Específicos

- OE1: Evaluar el cumplimiento de los macroprocesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-3.
- OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Centro de Salud Juan Pérez Carranza.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con el médico jefe y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento.
- OE4: Implementar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Acreditación en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Juan Pérez Carranza.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General

- 5.1.1 Ley N°26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- 5.1.2 Ley N°27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y sus modificatorias
- 5.1.3 Ley N°29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- 5.1.4 Ley N°30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud y su reglamento con Decreto Supremo N°030-2020-SA.
- 5.1.5 Decreto Legislativo N°1161, Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.1.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.1.7 Resolución Ministerial N°467-2017-MINSA, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- 5.1.8 Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 5.1.9 Resolución Directoral N°279-2022-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Manual de Funciones de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y modificatorias.
- 5.1.10 Resolución Directoral N°603-2023-DG-DIRIS-LC, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-DIRIS-LC/DA-OPyMGP-UFM-2023-V.03 "Pautas para la elaboración de Documentos Normativos y de Gestión de la DIRIS LC".





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N°270-2009 /MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA que aprueba Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- 5.2.6 Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación conformado a nivel de RIS y Equipo Evaluadores Internos de las IPRESS del primer nivel de atención adscritas a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el periodo 2025.
- 5.2.7 Resolución Administrativa N°225-2025-DMGS-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025.



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud Juan Pérez Carranza conforme a lo establecido en la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA y el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel 1-3, deberá subsanarse en el plazo de 6 meses de realizada la autoevaluación 2024; y realizarse de manera participativa con interacción presencial del equipo de evaluadores internos, la jefatura, los responsables de los servicios y áreas del establecimiento de salud, desarrollándose las siguientes etapas:

6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

La jefatura en coordinación con el responsable de Calidad del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, deberán convocar a todo el personal del Establecimiento de Salud de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que hará ver las fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

La jefatura del establecimiento de salud, asigna formalmente al equipo evaluador interno, teniendo que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica sus funciones encomendadas; estos documentos deberán adjuntarse al plan de autoevaluación a elaborar. Cabe precisar que este Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Juan Pérez Carranza.

N°	Apellidos y Nombres	Profesión	Cargo
1	Serrano Castillo Carla Edith	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Quiñones Lucero Rita Mirella	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Pozo Núñez Carlos Napoleón	Médico Cirujano	Evaluador interno
4	Quevedo Mendoza Tulio Enrique	Tec. Asistencial	Evaluador interno
5	Condori Mayta Clene Victoria	Tec. Asistencial	Evaluador interno
6	Caballero Reategui Laura Fernanda	Trabajadora Social	Evaluador interno
7	Morales Vidaurre Edwin Salvador	Tec. Asistencial	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, la Guía del Evaluador Interno, el Listado de Estándares de Acreditación conforme al tipo de categoría del establecimiento, así como de las otras herramientas a utilizarse.

6.1.2 Etapa 2

La jefatura remite mediante un oficio, la Comunicación de inicio de la Autoevaluación a DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza.

El equipo evaluador realiza la REUNIÓN DE APERTURA (generando un acta de la reunión) en coordinación con el médico jefe y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de presentar los objetivos de la evaluación, presentarse como equipo evaluador, presentar el Plan de Autoevaluación (dar a conocer el cronograma de evaluación), el listado de estándares de acreditación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, cabe precisar que el proceso de Autoevaluación es máximo cuatro (04) semanas y mencionar la designación de los evaluadores internos que interactúan con los evaluados por servicio o área durante la visita de evaluación.

- Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador interno solicita a la jefatura que disponga la entrega de las normas que MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados de manera virtual o física.
- Llevar a cabo la autoevaluación con la interacción del evaluador interno y los evaluados del servicio o área, quienes revisarán y discutirán conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparando el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.
- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron de la misma forma, a fin de relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINSA, DIRIS Lima Centro o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

organización, así como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "Acreditación" se debe elaborar el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realiza la REUNIÓN DE CIERRE (generando un acta) en coordinación con el médico jefe y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de dar una retroalimentación a cada equipo que fue entrevistado y comentar sobre los criterios de evaluación si se han cumplido no (siendo un informe preliminar), además durante el procesamiento de resultados se propiciará una oportunidad para que el evaluado intercambie puntos de vista o de explicaciones y presente sustentos. Así también acordarán la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica de salud N°050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- El informe técnico final será enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

6.3 Instrumentos a utilizar:

- Listado de estándares de acreditación que se van a aplicar.
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación.
- Hojas de recomendaciones.
- Aplicativo informático para el registro y procesamiento de información para la obtención de resultados.

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1. Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Juan Pérez Carranza.

7.2. Oficina de Gestión de Calidad

- Dar el soporte técnico a las IPRESS para que puedan llevar a cabo el proceso de Autoevaluación para la Acreditación.

7.3. Jefatura del Establecimiento de Salud:

- Define las acciones de planificación para la acreditación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo Evaluador Interno del establecimiento de salud.
- Remite mediante documento formal la Comunicación de Inicio del proceso de Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro.
- Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud.
- Brinda las facilidades y recursos para la implementación del proceso de Autoevaluación y para las acciones de mejora que deriven de los resultados del proceso de autoevaluación.
- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

7.4. Equipo Evaluador Interno:

- Verificar que la jefatura del establecimiento ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse con los evaluados de los servicios o áreas del establecimiento de salud.
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva pertinente y suficiente para obtener conclusiones y generar informes de evaluación idóneos.
- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

VIII. ANEXOS:

Anexo 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ
Ministerio de Salud
Vicerrectorado de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 001	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS-LC/DMGS-OGG-CSJPC	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM				IV TRIM						
		1	2	3	1	2	3	JUN	JULIO	AGOST	SET	OCT	NOV					
14.-Admisión y Alta	Tec. Adm. Juan Pablo Suarez Vera							X										
15.-Referencia y Contrarreferencia	MC José Luis Muñoz Muñoz							X										
16.-Gestión de medicamentos	Tec. Enf Clene Condori Mayta							X										
17.-Gestión de la Información	Tec. Adm. Juan Pablo Suarez Vera							X										
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Asist. Tulio Enrique Quevedo Mendoza							X										
19.- Manejo de Riesgo Social	Trab. Social Laura F. Caballero Reategui							X										
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																	
21.- Gestión de insumos y materiales	Tec. Enf Clene Condori Mayta								X									
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Asit. Tulio Enrique Quevedo Mendoza								X									
Procesamiento de datos en el aplicativo informático	Eq. Evaluador Interno								X									
Análisis de resultados	Eq. Evaluador Interno								X									
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Eq. Evaluador Interno								X									
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Eq. Evaluador Interno								X									



Ministerio de Salud
 Dirección de Salud Integrativa y Salud Lima Centro

Jeceno de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
 "Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 001	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS-LCIDMGS-OGC-CSJPC	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

ANEXO 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JUNIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3° SEMANA								
			LUN 16	MAR 17	MIER 18	JUE 19	VIER 20	SAB 21			
MC. Rita M. Quiñones Lucero	1.- Direccionamiento	MC. Rita M. Quiñones Lucero								21	MC. Carla Serrano Castillo
	2.-Gestión de recursos humanos	Tec. Asist. Clene Condon								21	Aux. Asist. Edwin Salvador Morales Vidaurte
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Carlos Pozo Nuñez								21	MC. Rita M. Quiñones Lucero
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Carla Serrano Castillo								21	MC. Rita M. Quiñones Lucero
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Carla Serrano Castillo								21	MC. Juan Ortega Quispe
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Rita M. Quiñones Lucero								21	MC. Carla Serrano Castillo
Responsable por Sub equipo MC. Carlos Pozo Nuñez	Macroprocesos		JUNIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
	4° SEMANA										
	7.- Atención Ambulatoria	MC. Carlos Pozo Nuñez								24	MC. Carla Serrano Castillo
	8.-Atención Extramural	MC. Carlos Pozo Nuñez								24	Trab. Social Laura F. Caballero Reategui
	10.- Atención de Emergencia	Trab. Social Laura F. Caballero Reategui									28
13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Tec. Enf. Clene Victoria Condon Mayte								23	Tec. Lab. Irma Sanchez Mejia	



PERÚ
Ministerio de Salud

Vocabulario de Frecuencias y Acortamientos Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 001	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS-LCIDMGS-OGC-CSJPC	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JUNIO							Responsable(s) Evaluado(s)			
			4° SEMANA										
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB					
Tec. Enf. Condori M. Clene Victoria	14.-Admisión y Alta	Aux. Asist. Edwin Salvador Morales Vidaurre	23							Tec. Adm. Juan Pablo Suarez Vera			
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Tec. Enf. Condori M. Clene Victoria			25					Mc José Luis Muñoz Muñoz			
	16.-Gestión de medicamentos	MC. Rita M. Quiñones Lucero					27			Tec. Enf. Condori M. Clene Victoria			
	17.-Gestión de la Información	Tec. Enf. Clene Victoria Condori Mayte				26				Tec. Adm. Juan Pablo Suarez Vera			
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)			
			1° SEMANA										
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB					
													Tec. Asist. Tulio Enrique Quevedo Mendoza
				1									Trab. Social Laura F. Caballero Reategui
Aux. Asist. Edwin Salvador Morales Vidaurre									Tec. Enf. Condori M. Clene Victoria				
	19.- Manejo de Riesgo Social	Aux. Asist. Edwin Salvador Morales Vidaurre								Tec. Asist. Tulio Enrique Quevedo Mendoza			
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Trab. Social Laura F. Caballero Reategui								Tec. Enf. Condori M. Clene Victoria			
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Enf. Condori M. Clene Victoria								Tec. Asist. Tulio Enrique Quevedo Mendoza			



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 001	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJPC	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Carla Edith Serrano Castillo	Líder del Equipo
MC. Rita M. Quiñones Lucero	Evaluador Interno
MC. Carlos Napoleón Pozo Núñez	Evaluador Interno
Tec. Asist. Tulio E. Quevedo Mendoza	Evaluador Interno
Tec. Asist. Clene V. Condori Mayta	Evaluador Interno
Trab. Soc. Laura F. Caballero Reategui	Evaluador Interno
Tec. Asist. Edwin S. Morales Vidaurre	Evaluador Interno

Fuente: Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC

