



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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CRUZ DE MOTUPE, 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 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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	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. DARWIN MICHELL QUISPE BALBIN
Jefe del Centro de Salud Cruz de Motupe

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| - CD. Bethzabe Salazar Román | Evaluador líder |
| - MC. Darwin Quispe Balbin | Evaluador Interno |
| - QF. Lucia Clemente Rodríguez | Evaluador Interno |
| - MC. Wilman Soto Perez | Evaluador Interno |
| - Lic. Carolina Bustinza Orosco | Evaluador Interno |
| - Lic Obs. Miriam Huaman Sabuco | Evaluador Interno |
| - MV. Betsy Rosadio Huaman | Evaluador Interno |
| - Tec Enf. Carmen Valverde Ynfantes | Evaluador Interno |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Síglas de la Institución - Síglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	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.....	9
6.3 Instrumentos a utilizar:.....	9
VII. RESPONSABILIDADES:.....	9
VIII. ANEXOS:.....	10





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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CRUZ DE MOTUPE, 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 del Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” por el Equipo Evaluador interno del Centro de Salud Cruz de Motupe, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2024.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Cruz de Motupe 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.



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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	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 Cruz de Motupe, 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 Cruz de Motupe, 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 Cruz de Motupe.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con el médico jefe y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Cruz de Motupe, 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 Cruz de Motupe



IV. ALCANCE:

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

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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	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, que 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 la 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°225-202 -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 Cruz de Motupe 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 la responsable de Calidad del Centro de Salud Cruz de Motupe, 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



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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01.

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

N°	Apellidos y Nombres	Profesión	Cargo
1	Bethzabe Salazar Román	Cirujano Dentista	Evaluador líder
2	Darwin Quispe Balbin	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Lucia Clemente Rodríguez	Químico Farmacéutico	Evaluador interno
4	Wilman Soto Perez	Médico Cirujano	Evaluador interno
5	Carolina Bustinza Orosco	Enfermera	Evaluador interno
6	Obs. Miriam Huaman Sabuco	Obstetra	Evaluador interno
7	Betsy Rosadio Huaman	Médico Veterinario	Evaluador interno
8	Carmen Valverde Ynfantes	Téc. En 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 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 de salud, así como de las otras herramientas a utilizarse.

6.1.2 Etapa 2

El médico jefe 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 Cruz de Motupe.

- 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 al médico jefe 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



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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

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 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 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.



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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

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.
- **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 Cruz de Motupe.

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.



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° 039	DIRIS –LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

- 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 el médico jefe 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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ
Ministerio de Salud

Vicerrectorado de Prestaciones y Asesoramiento 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° 039	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable Evaluado	
			1° SEMANA								
			LUN 01	MAR 02	MIER 03	JUE 04	VIER 05	SAB 06			
CD. Bethzabe Salazar Román	1.- Direccionamiento	CD. Bethzabe Salazar Román	X							M.C. Darwin Quispe Balbin	
	2.-Gestión de recursos humanos	CD. Bethzabe Salazar Román		X						Tec. Enf. Glide Falcon Carhuaz	
	3.-Gestión de la Calidad	M.C. Darwin Quispe Balbin			X					C.D. Bethzabe Salazar Román	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Carolina Bustinza Orosco				X				Lic. Gladys Cajahuaman Atencio	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Q.F. Lucia Clemente Rodriguez					X			Tec. Vania Alagon Nina	
	6.-Control de Gestión y prestación	CD. Bethzabe Salazar Román							X	Tec Adm. Danny Chumbe Yauri	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable Evaluado	
			2° SEMANA								
			LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13			
Lic. Susana Gómez Rodríguez	7.- Atención Ambulatoria	M.C. Darwin Quispe Balbin	X								M.C. Wilman Soto Perez
	8.-Atención Extramural	M.C. Wilman Soto Perez		X							Lic. Enf. Ludicinda Robles López
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Carolina Bustinza Orosco			X						M.C. Yuri Aguirre Rojas
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Carolina Bustinza Orosco					X				Tec Lab. Vania Alagon Nina



Ministerio de Salud
Dirección de Servicios
Preparación 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° 039	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/ DIMGS-OGC-CSM	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)					
			3° SEMANA												
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20							
Lic Obs. Zoly Gamboa Rivera	14.-Admisión y Alta	Lic Obs. Miriam Huamán Sabuco	X								Tec Adm. Richard Villavicencio				
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic Obs. Miriam Huamán Sabuco		X							Tec Adm Maite Darynika Zeta Gutiérrez				
	16.-Gestión de medicamentos	M.C. Darwin Quispe Balbín			X						Q.F. Lucía Clemente Rodríguez				
	17.-Gestión de la Información	Lic Obs. Miriam Huamán Sabuco				X					Tec Adm Miguel Rene Rodríguez Rivera				
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)					
			4° SEMANA												
			LUN 22	MAR 23	MIER 24	JUE 25	VIER 26	SAB 27							
			MV. Betsy Rosadio Huamán	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	MV. Betsy Rosadio Huamán	X									Lic. Gladys Cajahuaman Alencio
				19.- Manejo de Riesgo Social	MV. Betsy Rosadio Huamán	X									Lic. Alicia Minaya Reyes
21.-Gestión de Insumos y Materiales	Tec Enf. Carmen Valverde Ynfantes			X							Q.F. Lucía Clemente Rodríguez				
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec Enf. Carmen Valverde Ynfantes			X							Tec Enf. Sara Herrera Rivera				



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° 039	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSM	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



INTEGRANTES	CARGO
CD. Bethzabe Salazar Román	Evaluador Líder
MC. Darwin Quispe Balbin	Evaluador Interno
QF. Lucia Clemente Rodríguez	Evaluador Interno
MC. Wilman Soto Pérez	Evaluador Interno
Lic. Carolina Bustinza Orosco	Evaluador Interno
Lic. Obs. Miriam Huamán Sabuco	Evaluador Interno
MV. Betsy Rosadio Huamán	Evaluador Interno
Tec. Enf. Carmen Valverde Ynfantes	Evaluador Interno

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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN CENTRO DE SALUD ESPECIALIZADO CONTROL DE ZONOSIS, 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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	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. YRIS VIOLETA CARPIO BAZÁN
Jefe del Centro de Salud Especializado Control de Zoonosis

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- MC. Sandra Isabel Gutiérrez Vargas Líder del equipo
- MC. Dayana Carolina Pulido Amaya Evaluador interno
- MV. Hammer Adolfo Quispe Eulogio Evaluador interno
- Lic. Enf. Lidia Rivero De Fuentes Evaluador interno
- Lic. Enf. Miguel Ángel Ramos Talavera 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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	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:.....	9
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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN CENTRO DE SALUD ESPECIALIZADO CONTROL DE ZONOSIS, 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 del Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Centro Salud Especializado Control de Zoonosis, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro Salud Especializado Control de Zoonosis 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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	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 Salud Especializado Control de Zoonosis, 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 Salud Especializado Control de Zoonosis, 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 Salud Especializado Control de Zoonosis.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro Salud Especializado Control de Zoonosis, 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 Salud Especializado Control de Zoonosis



IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro Salud Especializado Control de Zoonosis

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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	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, que 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 la 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 Salud Especializado Control de Zoonosis, 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 Salud Especializado Control de Zoonosis, 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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro Salud Especializado Control de Zoonosis.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Sandra Isabel Gutiérrez Vargas	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Dayana Carolina Pulido Amaya	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Hammer Adolfo Quispe Eulogio	Médico veterinario	Evaluador interno
4	Lidia Guadalupe Rivero de Fuentes	Licenciada en Enfermería	Evaluador interno
5	Ramos Talavera Miguel Ángel	Licenciado en 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 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 Salud Especializado Control de Zoonosis:

- 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.



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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

- 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 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, 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.





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° 038	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

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.
- **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 Salud Especializado Control de Zoonosis.

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.



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° 038	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

- 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 N° 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B.

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos.



PERÚ
Ministerio de Salud

Vocacional
de Prestación 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° 038	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSCECZ	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

MACROPROCESOS	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM												IV TRIM											
		JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC														
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3												
1.- Direccionamiento	MC. Sandra Gutiérrez Vargas						X																								
2.-Gestión de recursos humanos	MC. Dayana Pulido Amaya						X																								
3.-Gestión de la Calidad	Med. Vet. Hammer Quispe						X																								
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes						X																								
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera						X																								
6.-Control de Gestión y prestación	MC. Sandra Gutiérrez Vargas						X																								
7.- Atención Ambulatoria	Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes									X																					
8.-Atención Extramural	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera									X																					
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																														
10.- Atención de Emergencia	MC. Sandra Gutiérrez Vargas												X																		
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																														
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																														
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Med. Vet. Hammer Quispe									X																					



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 038	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMSS-OGC-CSCECZ	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM												IV TRIM											
		JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC														
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3									
14.-Admisión y Alta	MC. Dayana Pulido Amaya																														
15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes																														
16.-Gestión de medicamentos	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera																														
17.-Gestión de la Información	Med. Vet. Hammer Quispe																														
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	MC. Sandra Gutiérrez Vargas																														
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera																														
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																														
21.- Gestión de insumos y materiales	MC. Dayana Pulido Amaya																														
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Med. Vet. Hammer Quispe																														
Procesamiento de datos en el aplicativo Informático	Equipo Evaluador Interno																														
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno																														
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno																														
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno																														



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 038	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMSG-OGG-CSCECZ	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3ª SEMANA								
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23			
MC. Sandra Gutiérrez Vargas	1.- Direccionamiento	MC. Sandra Gutiérrez Vargas	X							MC. Yris Carpio Bazán	
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Dayana Pulido Amaya		X						Tec. Asist. Mario Rivera	
	3.-Gestión de la Calidad	Med. Vet. Hammer Quispe			X					Lic. Enf. Lidia Rivero	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes				X				MC. Dayana Pulido Amaya	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera					X			Med. Vet. Manuel Diaz	
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Sandra Gutiérrez Vargas							X	MC. Yris Carpio Bazán	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4ª SEMANA								
			LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30			
Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes	7.- Atención Ambulatoria	Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes	X								MC. Dayana Pulido Amaya
	8.-Atención Extramural	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera		X							Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes
	10.- Atención de Emergencia	MC. Sandra Gutiérrez Vargas				X					MC. Dayana Pulido Amaya
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Med. Vet. Hammer Quispe						X			Tec. Lab. Sonia de la Cruz



PERÚ
Ministerio de Salud

Dirección de Estudios e Investigaciones 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° 038	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSECEZ	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluador(s)	
			1° SEMANA								
			LUN 1	MAR 2	MIER 3	JUE 4	VIER 5	SAB 6			
Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera	14.-Admisión y Alta	MC. Dayana Pulido Amaya	X								Tec. Adm. John Rojas Huaman
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Enf. Lidia Rivero de Fuentes		X							MC. María Laura Barraza
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera				X					Tec. Asist. Romualda Barrientos
	17.-Gestión de la Información	Med. Vet. Hammer Quispe					X				Tec. Adm. John Rojas Huaman
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluador(s)	
			2° SEMANA								
			LUN 8	MAR 9	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13			
MC. Dayana Pulido Amaya	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	MC. Sandra Gutiérrez Vargas		X							Lic. Enf. Sulma García
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Enf. Miguel Ramos Talavera			X						Tec. Asist. Pedro Beltrán
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	MC. Dayana Pulido Amaya				X					Tec. Asist. Teófilo Águila
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Med. Vet. Hammer Quispe					X				Tec. Asist. Teófilo Águila



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° 038	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCECZ	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



INTEGRANTES	CARGO
MC. Sandra Isabel Gutiérrez Vargas	Líder del equipo
MC. Dayana Carolina Pulido Amaya	Evaluador interno
MV. Hammer Adolfo Quispe Eulogio	Evaluador interno
Lic. Enf. Lidia Rivero De Fuentes	Evaluador interno
Lic. Enf. Miguel Ángel Ramos Talavera	Evaluador interno

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° 037	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI V ETAPA, 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	8 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° 037	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	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. VÍCTOR MANUEL GAMBOA CHUCHÓN
Jefe del Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- MC. Víctor Manuel Gamboa Chuchón Líder del equipo
- MC. Jessica Roció Alvarado Cánez Evaluador interno
- Lic. Johanna Carolina Castro Aroni Evaluador interno
- Tec. Enf. María Margarita Blanco Varillas Evaluador interno
- Lic. Elizabeth Silva Cribillero 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° 037	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	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:	9
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° 037	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI V ETAPA, 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 evaluación 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 José Carlos Mariátegui V Etapa, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa, 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.



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° 037	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	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 José Carlos Mariátegui V Etapa, 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 José Carlos Mariátegui V Etapa 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 José Carlos Mariátegui V Etapa.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa, 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 Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa.

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° 037	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	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, que 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 la 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 José Carlos Mariátegui V Etapa 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:

5.2 6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

La jefatura en coordinación con el responsable de Calidad del Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa, 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



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° 037	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

autoevaluación a elaborar. Cabe precisar que este Equipo evaluador tiene carácter multidisciplinario, quienes deberán establecer un evaluador líder del equipo. CUADRO N°01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Víctor Manuel Gamboa Chuchón	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Jessica Rocío Alvarado Cánez	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Johanna Carolina Castro Aroni	Enfermera	Evaluador interno
4	María Margarita Blanco Varillas	Técnico Asistencial	Evaluador interno
5	Elizabeth Silva Cribillero	Obstetra	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 – 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 Puesto de Salud José Carlos Mariátegui V Etapa

- 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/DGSP 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



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° 037	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

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 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.



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° 037	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

5.3 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.
- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.



5.4 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 José Carlos Mariátegui V Etapa.

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.



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° 037	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

- 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.



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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B.

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ
Ministerio de Salud

Ministerio de Prevención 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° 037	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

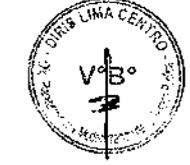
ANEXO N°01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3ª SEMANA							
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23		
M.C. Jessica Alvarado Canez	1.- Direccionamiento	M.C. Jessica Alvarado Canez	X							M.C. Víctor Manuel Gamboa Chuchón
	2.- Gestión de recursos humanos	Tec. María Blanco Varillas		X						Tec. Enf. Marisol Ochoa Chuchon
	3.- Gestión de la Calidad	M.C. Jessica Alvarado Canez			X					Lic. Carolina Castro Aroni
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	Tec. María Blanco Varillas	X							Lic. Elizabeth Silva Cribillero
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	Tec. María Blanco Varillas				X				Lic. Yesilia Castro Taboada
	6.- Control de Gestión y prestación	M.C. Jessica Alvarado Canez					X			Lic. Carolina Castro Aroni
Lic. Carolina Castro Aroni	Macroprocesos		AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
	4ª SEMANA									
	LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30				
	X			X						Tec. Mario Tinco Huaman
	7.- Atención Ambulatoria	Lic. Carolina Castro Aroni								Tec. Enf. Meliza Alarcon Moreno
	8.- Atención Extramural	Lic. Carolina Castro Aroni				X				
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Carolina Castro Aroni		X						Lic. Paloma Huamani Rivera



Ministerio de Salud
Dirección de Evaluación y Acreditación de Servicios de Salud

"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° 037	DIRIS-LC/DMGs-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN 01	MAR 02	MIER 03	JUE 04	VIER 05	SAB 06			
M.C. Víctor Manuel Gamboa Chuchón	14.-Admisión y Alta	Tec. María Blanco Varillas		X						Tec. Adm. Mario Tinco	
	15.-Referencia y Contrarreferencia	M.C. Víctor Manuel Gamboa Chuchón			X					M.C. Jessica Alvarado Canez	
	16.-Gestión de medicamentos	Tec. María Blanco Varillas				X				Tec. Farmacia Gladis Rosado Fabian	
	17.-Gestión de la Información	M.C. Víctor Manuel Gamboa Chuchón					X			Tec. Adm. Edwin Badajoz Montesinos	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			2° SEMANA								
			LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13			
M.C. Jessica Alvarado Canez	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Elizabeth Silva Cribillero		X							Tec. Daniel Salvatierra Alvarado
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Elizabeth Silva Cribillero		X							Tec Gladis Rosado Fabian
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	M.C. Jessica Alvarado Canez				X					Tec. María Blanco Varillas
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	M.C. Jessica Alvarado Canez					X				Tec. Sonia Rodríguez Cordova



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° 037	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSJCMVE	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS



INTEGRANTES	CARGOS
MC. Víctor Manuel Gamboa Chuchón	Líder del equipo
MC. Jessica Roció Alvarado Cánez	Evaluador interno
Lic. Johanna Carolina Castro Aroni	Evaluador interno
Tec. Enf. María Margarita Blanco Varillas	Evaluador interno
Lic. Elizabeth Silva Cribillero	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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD EL PINO,
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	8 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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	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. SIXTO FERMIN DEL CARPIO HUAQUIPACO
Jefe del Centro de Salud El Pino

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|---|-------------------|
| - M.C Sixto Fermin del Carpio Huaquipaco | Líder del equipo |
| - M. C. Jesús Enrique Natera Lezama | Evaluador interno |
| - Lic. Freddy Alberto Bautista Bustamante | Evaluador interno |
| - Tec.Asis Jenny Susana Escobar Pérez | Evaluador Interno |
| - Tec.Asis. Rita Gómez Quispe | Evaluador Interno |



PERU

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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	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:.....	9
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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD EL PINO, 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 El Pino, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud El Pino 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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	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 El Pino, 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 El Pino, 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 El Pino
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas Centro de Salud El Pino, 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 El Pino

IV. ALCANCE:

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

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.



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° 036	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

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 Directoral N° 225-2025-DG-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 El Pino 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 El Pino, 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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Sixto Fermin del Carpio Huaquipaco	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Jesús Enrique Natera Lezama	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Freddy Bautista Bustamante	Tecnólogo Medico	Evaluador interno
4	Jenny Escobar Perez	Tecnico Asistencial	Evaluador interno
5	Rita Gomez Quispe	Tecnico 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 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 Centro de Salud El Pino

- 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.



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° 036	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

- 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 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.





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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

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.
- **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 El Pino.

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.



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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

- 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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Seguro 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° 036	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	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 06	MAR 07	MIER 08	JUE 09	VIER 10	SAB 11			
M.C Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco	1.- Direcccionamiento	Tec. Med. Freddy A. Bautista Bustamante		X						M.C. Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco	
	2.-Gestión de recursos humanos	Tec. Med. Freddy A. Bautista Bustamante		x						Tec.Asis. Jenny Escobar Perez	
	3.-Gestión de la Calidad	Tec. Med. Freddy A. Bautista Bustamante			X					M.C. Jesus Natera Lezama	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	M. C. Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco				X				Lic. Ingrid Gonzales Sanchez	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M. C. Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco					X			Lic. Martha Navarro Espinoza	
	6.-Control de Gestión y prestación	M. C. Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco							X	Tec.Asis. Jenny Escobar Perez	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3° SEMANA								
			LUN 13	MAR 14	MIER 15	JUE 16	VIER 17	SAB 18			
Tec. Rita Gomez Quispe	7.- Atención Ambulatoria	Tec. Rita Gomez Quispe	X								M.C. Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco
	8.-Atención Extramural	Tec. Rita Gomez Quispe		X							M.C. Percy Zapata Cordova
	10.- Atención de Emergencia	Tec. Rita Gomez Quispe				X					M.C. Renzo Calderon Barchi
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Tec. Rita Gomez Quispe					X				Tec. Med. Lab. Freddy Bautista Bustamante



Dirección de Riegos
Intervenciones de Salud
Unidad Central

"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° 036	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3ª SEMANA								
			LUN 20	MAR 21	MIER 22	JUE 23	VIER 24	SAB 25			
M.C. Jesús Enrique Natera Lezama	14.-Admisión y Alta	M.C. Jesús Enrique Natera Lezama	X								TAP. Rita Gomez
	15.-Referencia y Contrareferencia	M.C. Jesús Enrique Natera Lezama		X							M.C. Victor Amador Mendoza
	16.-Gestión de medicamentos	M.C. Jesús Enrique Natera Lezama				X					Tec.Asis Jenny Escobar Perez
	17.-Gestión de la Información	M.C. Jesús Enrique Natera Lezama					X				Tec.Asis. Carol Patricia Del Valle Pomasunco
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4ª SEMANA								
			LUN 27	MAR 28	MIER 29	JUE 30	VIER 31	SAB 01			
Tec. Jenny Escobar Perez	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Jenny Susana Escobar Perez	X								Tec.Asis Raul Rios Paz
	19.- Manejo de Riesgo Social	Tec. Jenny Susana Escobar Perez		X							Lic. Gloria Garcia Samudio
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Tec. Jenny Susana Escobar Perez			X						Tec.Asis. Raul Rios Paz
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Jenny Susana Escobar Perez			X						Tec.Asis. Raul Rios Paz



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° 036	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSEP	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
M.C Sixto Fermin del Carpio Huaquipaco	Líder del equipo
M. C. Jesús Enrique Natera Lezama	Evaluador interno
Lic. Freddy Alberto Bautista Bustamante	Evaluador interno
Tec.Asis Jenny Susana Escobar Pérez	Evaluador Interno
Tec.Asis. Rita Gómez Quispe	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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD CESAR VALLEJO, 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° 035	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSCV	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. JURGEN PHAL SALAZAR RUBÍN
Jefe del Puesto de Salud Cesar Vallejo

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-------------------|
| - MC. Marleny Mercedes Poma Ortega | Líder Del Equipo |
| - MC. Jurgen Phal Salazar Rubín | Evaluador interno |
| - MC. Yamili Denisse Chirinos Ríos | Evaluador interno |
| - Lic. Janet Mercedes Alvarado la Torre | Evaluador interno |
| - Lic. Doris Caroline Chafalote Nontol | Evaluador interno |
| - Tec. Asist. Sara Karen Eugenio Torres | Evaluador interno |
| - Tec. Adm. Vanessa Isabel Santa Cruz Gallardo | Evaluador inter |



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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD CESAR VALLEJO, 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 General	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Directoral N° – 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° 035	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSCV	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. ERICK 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. JURGEN PHAL SALAZAR RUBÍN
Jefe del Puesto de Salud Cesar Vallejo

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-------------------|
| - MC. Marleny Mercedes Poma Ortega | Líder del Equipo |
| - MC. Jurgen Phal Salazar Rubín | Evaluador interno |
| - MC. Yamili Denisse Chirinos Ríos | Evaluador interno |
| - Lic. Janet Mercedes Alvarado la Torre | Evaluador interno |
| - Lic. Doris Caroline Chafalote Nontol | Evaluador interno |
| - Tec. Asist. Sara Karen Eugenio Torres | Evaluador interno |
| - Tec. Adm. Vanessa Isabel Santa Cruz Gallardo | 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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN:.....	4
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS:	5
3.1 Objetivo General	5
3.2 Objetivos Específicos	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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD CÉSAR VALLEJO, 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 anual de autoevaluación está elaborado conforme a la estructura mencionada en la Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación del Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Puesto de salud César Vallejo, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.



II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Cesar Vallejo, en cumplimiento del Plan Operativo Institucional 2024, 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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	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 César Vallejo, 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 Especificos

- OE1: Evaluar el cumplimiento de los macroprocesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Puesto de Salud César Vallejo, 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 César Vallejo.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud César Vallejo, 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 César Vallejo.

IV. ALCANCE:

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

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 mediante Resolución Directoral N°266-2023-DG-DIRIS-LC y Resolución Directoral N°658-2023-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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

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, que 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 la 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 César Vallejo 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, el médico jefe, 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 César Vallejo, 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.

El médico jefe 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°0





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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Puesto de Salud César Vallejo

N°	Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
1	Marleny Mercedes Poma Ortega	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Jurgen Phaf Salazar Rubín	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Yamili Chirinos Ríos	Médico cirujano	Evaluador interno
4	Janet Alvarado la Torre	Enfermera	Evaluador interno
5	Doris Chafalote Nontof	Enfermera	Evaluador interno
6	Sara Karen Eugenio Torres	Técnica asistencial	Evaluador interno
7	Vanessa Santa Cruz Gallardo	Técnica administrativa	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.

6.1.1 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.

6.1.2 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Puesto de Salud César Vallejo.

- 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 al médico jefe 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.





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 035	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

- 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 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 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.



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° 035	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

- **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.
- **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 Puesto de Salud Cesar Vallejo.

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.



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	Nº 035	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSCV	2025-V.01

- 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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos





Ministerio de Salud
Dirección General de Salud
Unidad Central

"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° 035	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LCI PSCV	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Actividades	Responsables	III TRIM												IV TRIM																	
		I TRIM			II TRIM			JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC								
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
14.-Admisión y Alta	Tec. Asis.Sara Karen Eugenio Torres										X																				
15.-Referencia y Contrarreferencia	Tec. Adm. Vanessa Santa Cruz Gallardo										X																				
16.-Gestión de medicamentos	Tec. Adm. Vanessa Santa Cruz Gallardo										X																				
17.-Gestión de la Información	Tec. Asis.Sara Karen Eugenio Torres										X																				
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Adm. Vanessa Santa Cruz Gallardo												X																		
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Doris Chafalote Montol												X																		
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																														
21.- Gestión de insumos y materiales	Lic. Janet Alvarado La Torre												X																		
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Janet Alvarado La Torre												X																		
Procesamiento de datos en el aplicativo informático	Equipo Evaluador Interno												X																		
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno												X																		
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno												X																		
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno												X																		



PERÚ
Ministerio de Salud

Ministerio de Prestaciones y Seguro Ambulatorio 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	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS -LC/ PSCV	2025-V.01

ANEXON° 01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN "B"

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN 04	MAR 05	MIER 06	JUE 07	VIER 08	SAB 09			
CD Iris Sánchez Romero	1.- Direccionamiento	M.C. Marleny Mercedes Poma Ortega	X	X						Mc Jurgén Phal Salazar Rubín	
	2.-Gestión de recursos humanos	M.C. Jurgén Phal Salazar Rubín	X							Mc. Marleny Mercedes Poma Ortega	
	3.-Gestión de la Calidad	M.C. Jurgén Phal Salazar Rubín		X						Mc. Marleny Mercedes Poma Ortega	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.C. Yamili Chirinos Ríos			X					Mc. Marleny Mercedes Poma Ortega	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M.C. Yamili Chirinos Ríos				X				C.D. Oscar Quifonez	
	6.-Control de Gestión y prestación	M.C. Marleny Mercedes Poma Ortega					X			MC. Jurgén Phal Salazar Rubín	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
CD Iris Sánchez Romero	7.- Atención Ambulatoria	Lic. Doris Chafalote Nontol	X								Vanessa Santa Cruz Gallardo
	8.-Atención Extramural	Lic. Doris Chafalote Nontol			X		X			Lic Marina Lambruschini	
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Janet Alvarado La Torre						X		Lic Rita Pamela Rojas Vera	



Ministerio de Salud
 República del Perú
 Lima, Perú

"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° 035	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LCI PSCV	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)			
			3ª SEMANA										
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23					
CD Iris Sánchez Romero	14.-Admisión y Alta	Tec. Asis Sara Karen Eugenio Torres	X							Nivisa Oirinda Machaga Leguía			
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Tec. Adm. Vanessa Santa Cruz Gallardo		X						Mc Yamili Chirinos Ríos			
	16.-Gestión de medicamentos	Tec. Adm. Vanessa Santa Cruz Gallardo			X					Rubelinda Perez Cajalson			
	17.-Gestión de la Información	Tec. Asis Sara Karen Eugenio Torres					X		X	Vanessa Santa Cruz Gallardo			
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)			
			4ª SEMANA										
			LUN	MAR	MIER	JUE 27	VIER	SAB					
			18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización								X		Lic Janet Alvarado La Torre
			19.- Manejo de Riesgo Social		X								Lic Araseli Tanta Luyo
			21.-Gestión de Insumos y Materiales			X							Sara Eugenio Torres
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura						X		X	Sara Eugenio Torres				



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Uma 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° 035	DIRIS -LC/ PSCV	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNO

INTEGRANTES	CARGO
MC. Marleny Mercedes Poma Ortega	Líder Del Equipo
MC. Jurgen Phal Salazar Rubín	Evaluador interno
MC. Yamili Denisse Chirinos Ríos	Evaluador interno
Lic. Janet Mercedes Alvarado la Torre	Evaluador interno
Lic. Doris Caroline Chafalote Nontol	Evaluador interno
Tec. Asist. Sara Karen Eugenio Torres	Evaluador interno
Tec. Asist. Sara Karen Eugenio Torres	Evaluador interno
Tec. Adm. Vanessa Isabel Santa Cruz Gallardo	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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD CERRO EL PINO, 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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	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

OBSTA. LILIANA HUMPIRI PAREDES
Jefa del Puesto de Salud Cerro El Pino



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

Obsta. Liliana Humpiri Paredes	Líder del equipo
M.C. Karin Ivonne Canchan Salazar	Evaluador interno
CD. Frank Edilberto Posso Rodríguez	Evaluador interno
C.D. Willy Chipana Vidal	Evaluador interno
Psi. Yulisa Bernales Hernández	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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	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
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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD CERRO EL PINO, 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 Cerro El Pino, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Cerro El Pino 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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	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 Cerro El Pino, 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 Cerro El Pino 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 Cerro El Pino.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Cerro El Pino 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 Cerro El Pino



IV. ALCANCE:

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

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.



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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

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, que 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 la 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 Cerro El Pino 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 Cerro El Pino, 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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Puesto de Salud Cerro El Pino.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Liliana Humpiri Paredes	Obstetra	Evaluador líder
2	Karin Ivonne Canchan Salazar	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Frank Edilberto Posso Rodríguez	Cirujano Dentista	Evaluador interno
4	Willy Chipana Vidal	Cirujano Dentista	Evaluador interno
5	Yulisa Bernaldes Hernández	Psicólogo	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 Puesto de Salud Cerro El Pino.

- 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),





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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

identificando las posibles fuentes 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.



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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

- **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.
- **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 Puesto de Salud Cerro El Pino.

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.



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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ
Ministerio de Salud

Instituto de Promoción y Asesoramiento 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° 034	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

MACROPROCESOS	Responsables	III TRIM												IV TRIM																			
		I TRIM				II TRIM				JUL				AGO				SET				OCT				NOV				DIC			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.- Direccionamiento	M.C. Karin Canchan Salazar																	X															
2.-Gestión de recursos humanos	Obsta. Liliana Humpiri Paredes																	X															
3.-Gestión de la Calidad	CD. Frank Edilberto Posso Rodriguez																	X															
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Psi. Yulisa Bernaldes Hernández																	X															
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D. Willy Chipana Vidal																	X															
6.-Control de Gestión y prestación	C.D. Willy Chipana Vidal																	X															
7.- Atención Ambulatoria	C.D. Willy Chipana Vidal																																
8.-Atención Extramural	Obst. Liliana Humpiri Paredes																					X											
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																																
10.- Atención de Emergencia	CD. Frank Edilberto Posso Rodriguez																																
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																																
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																																
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	NO APLICA																																



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-PSCP	2025-V.01

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN 01	MAR 02	MIER 03	JUE 04	VIER 05	SAB 06			
M.C. Karín Ivone Canchan Salazar	1.- Direccionamiento	M.C. Karín Canchán Salazar	x							Obsta. Liliana Humpiri Paredes	
	2.-Gestión de recursos humanos	Obsta. Liliana Humpiri Paredes		x						Tec. Asistencial Marcelino Huaraca	
	3.-Gestión de la Calidad	CD. Frank Edilberto Posso Rodríguez			x					Obst. Liliana Humpiri Paredes	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Psi. Yulisa Bemales Hernández				x				C.D. Willy Chipana Vidal	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D. Willy Chipana Vidal					x			Lic. Mercedes Calderón	
	6.-Control de Gestión y prestación	C.D. Willy Chipana Vidal							x	Obsta. Liliana Humpiri Paredes	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos		SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
	Equipo de Evaluadores interno		2° SEMANA								
	LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13					
			x								Obsta. Liliana Humpiri Paredes
Lic. Roger Abarca Díaz	7.- Atención Ambulatoria	CD. Willy Chipana Vidal									
	8.-Atención Extramural	Obst. Liliana Humpiri Paredes		x							Lic. Suly Condori Janampa
	10.- Atención de Emergencia	CD. Frank Edilberto Posso Rodríguez			x						M.C. Karín Canchan Salazar



PERÚ
Ministerio de Salud

Dirección de Asesoría Integrada de Salud
Unas 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° 034	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS-LCIDMGS-OGC-FSCP	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3ª SEMANA								
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20			
CD. Willy Chipana Vidal	14.-Admisión y Alta	Psi. Yulisa Bernalés Hernández	x								Tec. Enf. Estefany Quispe Hurtado
	15.-Referencia y Contrarreferencia	CD. Frank Edilberto Posso Rodríguez		x							Obsta. Liliana Humpin Paredes
	16.-Gestión de medicamentos	M.C Karín Canchan Salazar			x						Q.F. Julio Javier Parque Quispe
	17.-Gestión de la Información	CD. Frank Edilberto Posso Rodríguez				x					Tec. Enf. Cinthia Vanessa Estanislado
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4ª SEMANA								
			LUN 22	MAR 23	MIER 24	JUE 25	VIER 26	SAB 27			
C.D. Willy Gutiérrez Castro	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Psi. Yulisa Bernalés Hernández	x								Tec. Enf. Reyna Ramírez Gómez
	19.- Manejo de Riesgo Social	C.D Willy Chipana Vidal		x							Lic. Roger Abarca Diaz
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Roger Abarca Diaz			x						Tec. Enf. Reyna Ramírez Gómez
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	M.C. Karín Canchan Salazar				x					Obsta. Liliana Humpin Paredes



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° 034	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSCP	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Obsta. Liliana Humpiri Paredes	Líder del equipo
M.C. Karin Ivonne Canchan Salazar	Evaluador interno
CD. Frank Edilberto Posso Rodríguez	Evaluador interno
C.D. Willy Chipana Vidal	Evaluador interno
Psi. Yulisa Bernales Hernández	Evaluador interno

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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD SAGRADA FAMILIA, 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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	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

M.C. GIOVANNA JARA BALTAZAR
Jefe del Puesto de Salud Sagrada Familia

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- M.C. Giovanna Jara Baltazar Líder Evaluador
- M.C. Elizabeth Buendía Aparcana Evaluador Interno
- C.D. Katherine Pastor Taipe Evaluador Interno
- Lic. Brigitte Quinteros Rivera Evaluador Interno
- Lic. Rosa Cuadros Alban Evaluador Interno
- Tec. Enf. Tania Huamani Miranda Evaluador Interno
- Tec. Far. Vilma Elena Rocca Ramírez 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° 033	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSF	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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD SAGRADA FAMILIA, 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 Sagrada Familia, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Sagrada Familia 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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	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 Sagrada Familia, 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 Sagrada Familia, 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 Sagrada Familia
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Sagrada Familia, 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 Sagrada Familia.



IV. ALCANCE:

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

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.



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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

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 la 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 Sagrada Familia 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 1-2, 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 Sagrada Familia, 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



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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Giovanna Jara Baltazar	Medico Cirujano	Líder Evaluador
2	Elizabeth Buendía Aparcana	Medico Cirujano	Evaluador Interno
3	Katherine Pastor Taipe	Cirujano Dentista	Evaluador Interno
4	Briggite Quinteros Rivera	Lic. Enfermería	Evaluador Interno
5	Rosa Cuadros Alban	Lic Obstetricia	Evaluador Interno
6	Vilma Elena Rocca Ramirez	Técnico en farmacia	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. 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 Sagrada Familia.

- 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.



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° 033	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

- 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 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.



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° 033	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

- **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.
- **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 Puesto de Salud Sagrada Familia.

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.



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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 033	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

MACROPROCESOS	Responsables	II TRIM		III TRIM				IV TRIM											
		I TRIM	JUL	AGO		SET		OCT		NOV		DIC							
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1.- Direccionamiento	C.D. Katherine Pastor Taipei																		
2.-Gestión de recursos humanos	Lic. Briggite Quinteros Rivera																		
3.-Gestión de la Calidad	Tec. Enf. Tania Huamani Miranda																		
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Tec. Enf. Tania Huamani Miranda																		
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M.C. Giovanna Jara Baltazar																		
6.-Control de Gestión y prestación	M.C. Giovanna Jara Baltazar																		
7.- Atención Ambulatoria	M.C. Giovanna Jara Baltazar																		
8.-Atención Extramural	M.C. Giovanna Jara Baltazar																		
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																		
10.- Atención de Emergencia	M.C. Giovanna Jara Baltazar																		
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																		
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																		
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	NO APLICA																		



PERÚ
Ministerio de Salud

Vicerrectorado de Prestaciones y Asesoramiento al 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° 033	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LCIDMGS-OGC-PSSF	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3° SEMANA								
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20			
C.D. Katherine Pastor Taipei	1.- Direccionamiento	C.D. Katherine Pastor Taipei		Mañana							M.C. Giovanna Jara Baltazar
	2.-Gestión de recursos humanos	Lic.Briggite Quinteros Rivera	Mañana			Mañana					Tec. Enf. Melina Quispe
	3.-Gestión de la Calidad	Tec. Enf. Tania Huamani Miranda		Mañana				Mañana			C.D. Katherine Pastor Taipei
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Tec. Enf. Tania Huamani Miranda			Mañana						M.C. Angelo Lazo
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M.C. Giovanna Jara Baltazar	Mañana			Mañana					M.C. Angelo Lazo
	6.-Control de Gestión y prestación	M.C. Giovanna Jara Baltazar		Mañana						Mañana	M.C. Giovanna Jara Baltazar
M.C. Giovanna Jara Baltazar	Macroprocesos		SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4° SEMANA								
	LUN 22	MAR 23	MIER 24	JUE 25	VIER 26	SAB 27					
	7.- Atención Ambulatoria	M.C. Giovanna Jara Baltazar	Mañana							Mañana	Tec. Enf. Yesenia Gomez
	8.-Atención Extramural	M.C. Giovanna Jara Baltazar			Mañana				Mañana		Tec. Enf. Tania Huamani Miranda
	10.- Atención de Emergencia	M.C. Giovanna Jara Baltazar								Mañana	M.C. Angelo Lazo



PERÚ
Ministerio de Salud

Decisión de Reces:
Integrados 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° 033	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-PSSF	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3° SEMANA								
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20			
M. C. Elizabeth Buendía Aparcana	14.-Admisión y Alta	Lic. Rosa Cuadros Alban	Mañana		Mañana				Mañana	Tec. Juan Pablo Rojas Pedraza	
	15.-Referencia y Contrarreferencia	M.C. Elizabeth Buendía Aparcana								M.C. Katherine Usnayo	
	16.-Gestión de medicamentos	Tec. Enf. Tania Huamani Miranda			Mañana					Tec. Far. Vilma Roca Ramirez	
	17.-Gestión de la Información	C.D. Katherine Pastor Taipe	Mañana					Mañana		Lic. Katherine Narvajo	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
Lic. Briggitte Quinteros Rivera	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización 19.- Manejo de Riesgo Social 21.-Gestión de Insumos y Materiales 22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Briggitte Quinteros Rivera M.C. Giovanna Jara Baltazar Tec. Far. Vilma Elena Rocca Ramirez Tec. Far. Vilma Elena Rocca Ramirez	3° SEMANA							Mañana	Tec. Nelly Rojas
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20			
			Mañana						Mañana		
						Mañana					
					Mañana						
				Mañana				Mañana		Tec. Nelly Rojas	
										Tec. Julia Jesus Pizarro	
			Mañana							Tec. Julia Jesus Pizarro	



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° 033	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSF	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
M.C. Giovanna Jara Ballazar	Líder Evaluador
M.C. Elizabeth Buendía Aparcana	Evaluador Interno
C.D. Katherine Pastor Taípe	Evaluador Interno
Lic. Briggite Quinteros Rivera	Evaluador Interno
Lic. Rosa Cuadros Alban	Evaluador Interno
Tec. Enf. Tania Huamani Miranda	Evaluador Interno

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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

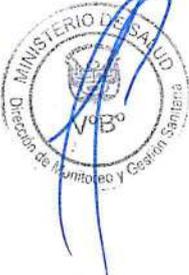
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD PALERMO, 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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	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

M.C. BETHY AGUILAR ESPINOZA
Jefe del Puesto de Salud Palermo



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- MC. Bethy Aguilar Espinoza Líder del equipo
- Lic. Konee Martínez Apaza Evaluador interno
- Lic. Marilyn Julissa Frisancho rojas Evaluador interno
- Lic. Fidencia Cristina Quincho del Pozo Evaluador interno
- CD. Karla Milagros Ochoa Cerrón Evaluador interno



PERÚ

Ministerio de Salud

Elrocción 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° 032	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSP	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
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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD PALERMO, 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 Palermo, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Palermo 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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	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 Palermo, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-2de 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 Palermo, 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 Palermo.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Palermo, 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 Palermo



IV. ALCANCE:

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

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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	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, que 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 la 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 Palermo 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/ Palermo, 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.



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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Bethy Aguilar Espinoza	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Konee Martínez Apaza	Enfermera	Evaluador interno
3	Marilyn Julissa Frisancho rojas	Obstetra	Evaluador interno
4	Fidencia Cristina Quincho del Pozo	Enfermera	Evaluador interno
5	Karla Milagros Ochoa Cerrón	Cirujano Dentista	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 Puesto de Salud Palermo

- 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



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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

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 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.



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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

- **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.
- **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 Puesto de Salud Palermo.

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.



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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

- 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 N°01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 032	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

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	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza																				
2.-Gestión de recursos humanos	M. C. Bethy Aguilar Espinoza																				
3.-Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza																				
4.-Manejo de Riesgo de Atención	M. C. Bethy Aguilar Espinoza																				
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza																				
6.-Control de Gestión y prestación	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza																				
7.- Atención Ambulatoria	M. C. Bethy Aguilar Espinoza																				
8.-Atención Extramural	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quincho del Pozo																				
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																				
10.- Atención de Emergencia	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quincho del Pozo																				
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																				
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																				
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	NO APLICA																				



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 032	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGMS-OGC-PSP	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	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13		
M. C. Bethy Aguilar Espinoza	1.- Direccionamiento	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza				Mañana				M. C. Bethy Aguilar Espinoza
	2.- Gestión de recursos humanos	M. C. Bethy Aguilar Espinoza				Mañana				Tec. Enf. Nery Ana Meneses Tinoco
	3.- Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza				Mañana				M. C. Bethy Aguilar Espinoza
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	M. C. Bethy Aguilar Espinoza				Mañana				Lic. Enf. Fidencia Cristina Quincho del Pozo
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza				Mañana				M. C. Bethy Aguilar Espinoza
	6.- Control de Gestión y prestación	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza				Mañana				Srta. María Lizarraga Taquia
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13		
M. C. Bethy Aguilar Espinoza	7.- Atención Ambulatoria	M. C. Bethy Aguilar Espinoza			Mañana					C. D. Karla Milagros Ochoa Cerrón
	8.- Atención Extramural	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quincho del Pozo			Mañana					Lic. Enf. Mirtha Pachas Almeyda
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quincho del Pozo			Mañana					M. C. Bethy Aguilar Espinoza



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeraación	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)				
			3° SEMANA											
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20						
M. C. Bethy Aguilar Espinoza	14.-Admisión y Alta	Lic. Enf. Konee Martínez Apaza				Mañana				Sra. Celi Melin Allaga Guevara				
	15.-Referencia y Contrarreferencia	M. C. Bethy Aguilar Espinoza				Mañana				Tec. Enf. Nancy Adelayda Salvador Neyra				
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quinchu del Pozo			Mañana					Tec. Farm. Ever Armando Poma Espinoza				
	17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quinchu del Pozo			Mañana					Sr. Oscar Guillermo Luna Guevara				
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)				
			4° SEMANA											
			LUN 00	MAR 00	MIER 00	JUE 00	VIER 00	SAB 00						
			M. C. Bethy Aguilar Espinoza	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Fidencia Cristina Quinchu del Pozo			Mañana						Sra. Rosmary Pita Carter / Sr. Yusepi Aron Rojas Huaracaya
				19.- Manejo de Riesgo Social	M. C. Bethy Aguilar Espinoza				Mañana					Tec. Enf. Hilda Guevara Vilchez
				21.-Gestión de Insumos y Materiales	M. C. Bethy Aguilar Espinoza				Mañana					Tec. Enf. Nancy Adelayda Salvador Neyra
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	M. C. Bethy Aguilar Espinoza					Mañana				Tec. Enf. Nancy Adelayda Salvador Neyra				



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° 032	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSP	2025-V.01

ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNO

INTEGRANTES	CARGO
MC. Bethy Aguilar Espinoza	Líder del equipo
Lic. Konee Martínez Apaza	Evaluador interno
Lic. Marilyn Julissa Frisancho rojas	Evaluador interno
Lic. Fidencia Cristina Quincho del Pozo	Evaluador interno
CD. Karla Milagros Ochoa Cerrón	Evaluador interno

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

