



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° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD BREÑA, 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° 057	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSB	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. DARÍO FLAVIO RODRÍGUEZ RAMÍREZ
Jefe del Centro de Salud Breña



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|---|-----------------|
| - MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo | Evaluador Líder |
| - MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell | Evaluador |
| - Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta | Evaluador |
| - Biog. Esquivel Maco De Wu María | Evaluador |
| - Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco | Evaluador |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

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

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Breña 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° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	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 Breña, 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 Breña, 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 Breña.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Breña, 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 Breña.

IV. ALCANCE:

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

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° 057	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSB	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 Centro de Salud Breña conforme a lo establecido en la Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud del MINSA y el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel 1-3, deberá realizarse de manera participativa con interacción presencial del equipo de evaluadores internos, la jefatura, 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 Breña, 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° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Santivañez Samaniego José María Gustavo	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Álvarez Rojas Yesid Fresnell	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Asencios Barron Mirtha Violeta	Lic. En enfermería	Evaluador interno
4	Esquivel Maco De Wu María	Bióloga	Evaluador interno
5	Paz Castillo Elmer Francisco	Tec. Administrativo	Evaluador interno

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

6.1.2 Etapa 2

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

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Breña.

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 057	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

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

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



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

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

6.3 Instrumentos a utilizar:

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

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1 Dirección General

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

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos.



Ministerio de Salud
Dirección de Redes
Integradas de Salud
Una 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° 057	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSB	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



MACROPROCESOS	Responsables	II TRIM				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.- Direccionamiento	MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo									X							
2.- Gestión de recursos humanos	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco									X							
3.- Gestión de la Calidad	MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo									X							
4.- Manejo de Riesgo de Atención	Biog. Esquivel Maco De Wu María									X							
5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell									X							
6.- Control de Gestión y prestación	Biog. Esquivel Maco De Wu María									X							
7.- Atención Ambulatoria	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell													X			
8.- Atención Extramural	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco													X			
9.- Atención de Hospitalización	NO APLICA																
10.- Atención de Emergencia	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell													X			
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																
12.- Docencia e Investigación	NO APLICA																
13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell													X			



PERÚ
Ministerio de Salud

Vinculación de Prestadores y Seguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas 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° 057	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



Actividades	Responsables	I TRIM		II TRIM		III TRIM												IV TRIM											
						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				
14.-Admisión y Alta	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco																												
15.-Referencia y Contrarreferencia	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco																												
16.-Gestión de medicamentos	MC. Saniviñez Samaniego José María Gustavo																												
17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta																												
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta																												
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta																												
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																												
21.- Gestión de insumos y materiales	Biog. Esquivel Maco De Wu María																												
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Biog. Esquivel Maco De Wu María																												
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	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS -LC/DMGSG-OGC-CSB	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)
			1ª SEMANA							
			LUN 01	MAR 02	MIER 03	JUE 04	VIER 05	SAB 06		
MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo	1.- Direccionamiento	MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo	X							Jefatura
	2.- Gestión de recursos humanos	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco		X						Responsable de RRRH
	3.- Gestión de la Calidad	MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo			X					Responsable de Calidad
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	Biog. Esquivel Maco De Wu María				X				Responsable de Saneamiento ambiental Responsable de RRRH
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell					X			Responsable de Gestión de Riesgo y desastre
	6.- Control de Gestión y prestación	Biog. Esquivel Maco De Wu María							X	Jefatura Responsable de Seguros
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2ª SEMANA							
			LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13		
MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell	7.- Atención Ambulatoria	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell	X							Jefatura
	8.- Atención Extramural	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco			X					Responsable de RRRH Responsable de PROMSA
	10.- Atención de Emergencia	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell				X				Responsable de emergencia
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell						X		Responsable de Apoyo al DX, laboratorio





PERÚ Ministerio de Salud

Vicerrectorado de Políticas y Regulación 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° 057	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)			
			3ª SEMANA										
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20					
Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta	14.-Admisión y Alta	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco	x							Responsable de admisión			
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco			x					Responsable de referencias			
	16.-Gestión de medicamentos	MC. Sanitvañez Samaniego José María Gustavo				x				Responsable de Farmacia			
	17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta							x	Jefatura			
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)			
			4ª SEMANA										
			LUN 22	MAR 23	MIER 24	JUE 25	VIER 26	SAB 27					
			18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta	x								Responsable de saneamiento ambiental
			19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta		x							Responsable de riesgo social (asistente social)
21.-Gestión de Insumos y Materiales	Biog. Esquivel Maco De Wu María			x					Responsable de abastecimiento				
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Biog. Esquivel Maco De Wu María				x				Responsable de infraestructura				



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"

145

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° 057	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSB	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Santivañez Samaniego José María Gustavo	Evaluador Líder
MC. Álvarez Rojas Yesid Fresnell	Evaluador
Lic. Enf. Asencios Barron Mirtha Violeta	Evaluador
Biog. Esquivel Maco De Wu María	Evaluador
Tec. Adm. Paz Castillo Elmer Francisco	Evaluador

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MAGDALENA, 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° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	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. MARÍA KATYA LA TORRE URIBE
Jefe del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - MC. Saavedra Obando Miguel Alberto | Evaluador Líder |
| - MC. Rosales Turriate Ernesto | Evaluador |
| - Obst. Burga Mejía Adelina | Evaluador |
| - Q.F Elera Oliva De Ucañay Rosa Arminda | Evaluador |
| - Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción | Evaluador |
| - Obst. Peñafiel Falcon Mirela Miriam | Evaluador |
| - Obst. Pomachagua Basualdo Diana | Evaluador |
| - Biol. Quispe Mayta Jairzinho | Evaluador |
| - Lic. Enf. Agip Guevara Lidia | Evaluador |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	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 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° 056	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIM	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MAGDALENA, 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 Materno Infantil Magdalena, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Materno Infantil Magdalena 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° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	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 Materno Infantil Magdalena, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-4 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 Materno Infantil Magdalena, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-4.
- OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena, 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 Materno Infantil Magdalena.

IV. ALCANCE:

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

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° 056	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIM	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 Centro de Salud Materno Infantil Magdalena 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-4, 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 Materno Infantil Magdalena, 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 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"

157

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° 056	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIM	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	MC. Saavedra Obando Miguel Alberto	Médico Cirujano	Evaluador Líder
2	MC. Rosales Turriate Ernesto	Médico Cirujano	Evaluador
3	Obst. Burga Mejía Adelina	Obstetra	Evaluador
4	Q.F Elera Oliva De Ucañay Rosa Arminda	Químico Farmacéutico	Evaluador
5	Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción	Administrador	Evaluador
6	Obst. Peñafiel Falcon Mirela Miriam	Obstetra	Evaluador
7	Obst. Pomachagua Basualdo Diana	Obstetra	Evaluador
8	Biol. Quispe Mayta Jairzinho	Biólogo	Evaluador
9	Lic. Enf. Agip Guevara Lidia	Enfermera	Evaluador

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 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 Materno Infantil Magdalena.

- 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, 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



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° 056	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIM	2025-V.01

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° 056	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIM	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:

7.2 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Materno Infantil Magdalena.

7.3 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.

7.4 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.

7.5 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° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	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 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





PERÚ
Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Políticas 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° 056	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	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	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1.- Direccionamiento	MC. Saavedra Obando Miguel Alberto																			
2.-Gestión de recursos humanos	Obst. Pomachagua Basualdo Diana																			
3.-Gestión de la Calidad	MC. Saavedra Obando Miguel Alberto																			
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Biol. Quispe Mayta Jairzinho																			
5.-Gestión de Seguridad ante Desastros	Obst. Peñafiel Falcon Mirela Miriam																			
6.-Control de Gestión y prestación	Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción																			
7.- Atención Ambulatoria	Lic. Enf. Agip Guevara Lidia																			
8.-Atención Extramural	Q.F Elera Oliva De Ucañay Rosa Arminda																			
9.-Atención de Hospitalización	Lic. Enf. Agip Guevara Lidia																			
10.- Atención de Emergencia	Biol. Quispe Mayta Jairzinho																			
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																			
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																			
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biol. Quispe Mayta Jairzinho																			



PERÚ
Ministerio de Salud

Vacunatorio de Prácticas y Aseguramiento en Salud

Dirección 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 N° 056	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGMS-OGC-CSMIM	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)
			1° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
MC. Saavedra Obando Miguel Alberto	1.- Direccionamiento	MC. Saavedra Obando Miguel Alberto	x							MC. Katya La Torre Uribe
	2.-Gestión de recursos humanos	Obst. Pomachagua Basualdo Diana		x						Sr. Enrique Calderon Corzo
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Saavedra Obando Miguel Alberto			x					MC. Ernesto Rosales Turriate
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Biol. Quispe Mayta Jairzinho				x				MC. Federico Lizárraga Ferrand
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Obst. Peñafiel Falcon Mirela Miriam					x			Lic. Glagys Zegarra Torbisto
	6.-Control de Gestión y prestación	Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción							x	MC. Verónica Puga Vallejos
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
Lic. Enf. Agip Guevara Lidia	7.- Atención Ambulatoria 8.-Atención Extramural 9.-Atención de Hospitalización 10.- Atención de Emergencia 13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Enf. Agip Guevara Lidia Q.F. Elera Oliva De Ucahay Rosa Armanda Lic. Enf. Agip Guevara Lidia Biol. Quispe Mayta Jairzinho Biol. Quispe Mayta Jairzinho	2° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
			x							OGC-PROMSA-JEF. enfermería
				x						TS. Teresa Chávez Tejada
					x					Obst. Juan de Dios Huamani Ferre
						x				Lic. Glagys Zegarra Torbisto
								x		MC. Alberto Zamora Salazar Tec. Med. Francisco Bazalar Zegarra





PERÚ
Ministerio de Salud

Vicerrectorado 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	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	2025-V.01



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Obst. Pomachagua Basualdo Diana	14.-Admisión y Alta	Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción	x							Sr. Hugo Baca García
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Obst. Pomachagua Basualdo Diana		x						MC. Verónica Puga Vallejos TA. Carola Mori Herrera
	16.-Gestión de medicamentos	MC. Saavedra Obando Miguel Alberto			x					Q.F Rosa Elera Oliva
	17.-Gestión de la Información	Obst. Burga Mejía Adelina				x				Lic. Javier Arce Villena
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Biol. Quispe Mayta Jairzinho	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Obst. Peñafiel Falcon Mirela Miriam	x							Daniel Grandez Vela
	19.- Manejo de Riesgo Social	Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción	x							TS. Teresa Chávez Tejada
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Biol. Quispe Mayta Jairzinho		x						Sr. Juan Farrán Orihuela
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción		x						Sr. Juan Farrán Orihuela



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección de Políticas
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° 056	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIM	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Saavedra Obando Miguel Alberto	Evaluador Líder
MC. Rosales Turriate Ernesto	Evaluador
Obst. Burga Mejía Adelina	Evaluador
Q.F Elera Oliva De Ucañay Rosa Arminda	Evaluador
Adm. Hinojosa Cadenillas Sara Concepción	Evaluador
Obst. Peñafiel Falcon Mirela Miriam	Evaluador
Obst. Pomachagua Basualdo Diana	Evaluador
Biol. Quispe Mayta Jairzinho	Evaluador
Lic. Enf. Agip Guevara Lidia	Evaluador

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° 055	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSHII	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

**"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD
HUASCAR II, 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° 055	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSHII	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. MARÍA ISABEL OLIVOS HERRERA
Jefa del Centro de Salud Huascar II



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - Psi. Macazana Contreras Percy | Evaluador Líder |
| - MC. Silva Rivas Hector Manuel | Evaluador |
| - CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique | Evaluador |
| - Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina | Evaluador |
| - QF. Huarcaya Navarro Esther | Evaluador |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 055	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSHII	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° 055	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSHII	2025-V,01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD HUASCAR II, 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 Huascar II, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El centro de salud Huascar II, 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° 055	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSHII	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 Huascar II, 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 Huascar II, 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 Huascar II.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del centro de salud Huascar II, 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 Huascar II.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del centro de salud Huáscar II.

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° 055	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSHII	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 centro de salud Huascar II, 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 Huascar II, 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° 055	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSHII	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del centro de salud Huáscar II

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Macazana Contreras Percy	Psicólogo	Evaluador líder
2	Silva Rivas Hector Manuel	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique	Cirujano Dentista	Evaluador interno
4	Rojas Collazos Lady Karina	Enfermera	Evaluador interno
5	Huarcaya Navarro Esther	Químico Farmacéutico	Evaluador interno

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

6.1.2 Etapa 2

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

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el centro de salud Huascar II

- 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,





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° 055	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSHII	2025-V.01

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 de explicaciones y presente sustentos. Así también acordarán la fecha de entrega del Informe Técnico de Evaluación según lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- El informe técnico final será enviado a la DIRIS Lima Centro con atención a la Oficina de Gestión de Calidad.



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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



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° 055	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSHI	2025-V.01

- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **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 Huascar II

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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





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° 055	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSHII	2025-V.01

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 055	DIRIS -LC/DIMGs-OGC-CSHII	2025-V.01

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

Actividades	Responsables	I TRIM	II TRIM	IV TRIM															
				III TRIM			SET			OCT			NOV			DIC			
				JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	OCT	NOV	DIC	OCT	NOV	DIC				
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador Interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC	X																	
Conformación del Equipo de Evaluadores internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS / Nivel	X																	
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC	X																	
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS / nivel		X																
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y este a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS / nivel		X																
Comunicación de inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS																		X
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno																		X



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 055	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSHII	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	1	2	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	MC. Hector Silva Rivas																												
2.-Gestión de recursos humanos	MC. Hector Silva Rivas																												
3.-Gestión de la Calidad	MC. Hector Silva Rivas																												
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Percy Macazana																												
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Percy Macazana																												
6.-Control de Gestión y prestación	CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique																												
7.- Atención Ambulatoria	CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique																												
8.-Atención Extramural	CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique																												
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																												
10.- Atención de Emergencia	Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina																												
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																												
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																												
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina																												



PERÚ
Ministerio de Salud

Viceministerio de Promoción y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integrativas 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° 055	DIRIS –LC/DIMGS-OGC-CSHII	2025-V.01

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23		
MC. Héctor Silva Rivas	1.- Direccionamiento	MC. Hector Silva Rivas	x							MC. Maria Olivos Herrera
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Hector Silva Rivas	x							Tec. Adm. Luz Yazawa
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Hector Silva Rivas	x							Lic. Percy Macazana
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Percy Macazana	x							MC.Hector Silva Rivas
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Percy Macazana	x							Tec.Enf.Alexandra De La Cruz
	6.-Control de Gestión y prestación	CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique	x							Lic. Percy Macazana
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30		
CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique	7.- Atención Ambulatoria	CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique	x							MC. Maria Olivos Herrera
	8.-Atención Extramural	CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique	x							Tec. Carmen
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina	x							MC. Maria Olivos Herrera
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina	x							MC. Maria Olivos Herrera



PERU Ministerio de Salud

Dirección de Bases de Datos de la Salud Una 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° 055	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - ICDMGS-OGC-CSHI	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

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		
QF. Huarcaya Navarro Esther	14.-Admisión y Alta	Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina	x							Tec. Adm. Manuel Choque
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina	x							Lic. Giovanna Mellado
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Percy Macazana	x							Lic. Esther Huarcaya
	17.-Gestión de la Información	QF. Huarcaya Navarro Esther	x							Tec. Adm. Luz Yazawa
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		
Lic. Percy Macazana Contreras	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	QF. Huarcaya Navarro Esther	x							Tec. Adm. Amanda Rojas
	19.- Manejo de Riesgo Social	QF. Huarcaya Navarro Esther	x							Tec. Adm. Amanda Rojas
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Percy Macazana	x							Tec. Adm. Amanda Rojas
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Percy Macazana	x							Tec. Adm. Amanda Rojas



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° 055	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSHII	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Psi. Macazana Contreras Percy	Evaluador Líder
MC. Silva Rivas Hector Manuel	Evaluador
CD. Espinoza Aranda Jorge Luis Enrique	Evaluador
Lic. Enf. Rojas Collazos Lady Karina	Evaluador
QF. Huarcaya Navarro Esther	Evaluador

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° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SURQUILLO, 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° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	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. SUSANA MARGARITA SILVA DÁVILA
Jefa del Centro de Salud Materno Infantil Surquillo

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses Evaluador Líder
- MC. Felix Humberto Matta Anicama Evaluador
- MC. Raúl Martín Castañeda Marín Evaluador
- Lic. Enf. Rosa Carolina Hernández Ortiz Evaluador
- Biol. Isabel Salome Nateros Ore Evaluador



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"

175

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° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SURQUILLO, 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 Materno Infantil Surquillo, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Materno Infantil Surquillo 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° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	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 Materno Infantil Surquillo, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-4 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 Materno Infantil Surquillo, mediante aplicación de la metodología y criterios establecidos en el Listado de Estándares de Acreditación para el Nivel I-4
- OE2: Analizar los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación del Centro de Salud Materno Infantil Surquillo
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Materno Infantil Surquillo, 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 Materno Infantil Surquillo

IV. ALCANCE:

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

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° 054	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSS	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 Centro de Salud Materno Infantil Surquillo 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-4 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 Materno Infantil Surquillo, 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° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Materno Infantil Surquillo

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Leonila Esther Yarlequé Dioses	Obstetra	Evaluador líder
2	Humberto Matta Anicama	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Raúl Castañeda Marín	Médico cirujano	Evaluador interno
4	Isabel Nateros Ore	Bióloga	Evaluador interno
5	Carolina Hernández Ortiz	Enfermera	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 – MINSADGSP 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 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 Materno Infantil Surquillo

- 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 MINSAD, 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



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° 054	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

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.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 054	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **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 Materno Infantil Surquillo.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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





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° 054	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V,01

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos.





PERÚ
Ministerio
de Salud

Vigilancia,
Asesoramiento y
Promoción de la
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° 054	DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01



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

Actividades	Responsables	I TRIM	II TRIM	III TRIM												IV 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		
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC	X																											
Conformación del Equipo de Evaluadores internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS / Nivel	X																											
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC		X																										
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS / nivel		X																										
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y este a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS / nivel		X																										
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS									X																			
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno																										X		



PERÚ
Ministerio de Salud

Ministerio de Prestación de Servicios y Seguro de Salud

Dirección de Reglas 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° 054	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			

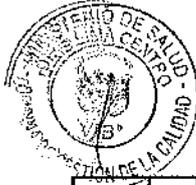
MACROPROCESOS	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM												IV TRIM														
		JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC																	
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3															
1.- Direccionamiento	MC. Humberto Malta Anicama																																	
2.-Gestión de recursos humanos	Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses																																	
3.-Gestión de la Calidad	MC. Humberto Malta Anicama																																	
4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Raúl Castañeda Marín																																	
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Humberto Malta Anicama																																	
6.-Control de Gestión y prestación	MC. Raúl Castañeda Marín																																	
7.- Atención Ambulatoria	Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses																																	
8.-Atención Extramural	Lic. Carolina Hernández Ortiz																																	
9.-Atención de Hospitalización	MC. Raúl Castañeda Marín																																	
10.- Atención de Emergencia	Lic. Carolina Hernández Ortiz																																	
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																																	
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																																	
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biol. Isabel Nateros Ore																																	





Ministerio de Salud
Dirección de Rutas
Innovadoras de Salud
Linea 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° 054	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LICIDMGS-OGC-CSS	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



Actividades	Responsables	II TRIM		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																				
14.-Admisión y Alta	Obst. Leonilia Esther Varilequé Diones																																						
15.-Referencia y Contrarreferencia	Biol. Isabel Nateros Ore																																						
16.-Gestión de medicamentos	Obst. Leonilia Esther Varilequé Diones																																						
17.-Gestión de la Información	Biol. Isabel Nateros Ore																																						
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Ltc. Carolina Hernandez Ortiz																																						
19.- Manejo de Riesgo Social	Biol. Isabel Nateros Ore																																						
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																																						
21.- Gestión de insumos y materiales	Ltc. Carolina Hernandez Ortiz																																						
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Biol. Isabel Nateros Ore																																						
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																																						



PERÚ
Ministerio de Salud

Viceministerio 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	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

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



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
MC. Humberto Matta Anicama	1.- Direccionamiento	MC. Humberto Matta Anicama			x					Susana Margarita Silva Dávila	
	2.-Gestión de recursos humanos	Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses				x				TAP. Liliana Cox Maguñá	
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Humberto Matta Anicama					x			Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Raúl Castañeda Marín						x		Susana Margarita Silva Dávila / Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			2° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
MC. Raúl Castañeda Marín	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Humberto Matta Anicama	x								Julio Cesar Paz Monsalve
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Raúl Castañeda Marín		x							Susana Margarita Silva Dávila / Luis Miguel Quispe Moore/ Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses / Lizi Huayanay Alarcon
	7.- Atención Ambulatoria	Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses			x						Susana Margarita Silva Dávila/ Martha Zavaleta Alegre
	8.-Atención Extramural	LIC. Carolina Hernández Ortiz					x				Martha Zavaleta Alegre
	9.-Atención de Hospitalización	MC. Raúl Castañeda Marín							x		Lizi Huayanay Alarcon



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Signlas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01
Numeración	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	
N° 054		



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)			
			3ª SEMANA										
			LUN 13	MAR 14	MIER 15	JUE 16	VIER 17	SAB 18					
Obst. Leonila Esther Yarfequé Dioses	10.- Atención de Emergencia	Lic. Carolina Hernández Ortiz	x							Andre Martín Barahona Sifuentes			
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biol. Isabel Nateros Ore		x						Elias Alberto Mejía Verastegui Gloria Yale Cajahuana			
	14.-Admisión y Alta	Obst. Leonila Esther Yarfequé Dioses			x					Wilmer Silva Herrera			
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Biol. Isabel Nateros Ore				x				Juana Rocío Peralés Rodas			
	16.-Gestión de medicamentos	Obst. Leonila Esther Yarfequé Dioses					x			Betty Guievara Ventura			
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)			
			4ª SEMANA										
			LUN 20	MAR 21	MIER 22	JUE 23	VIER 24	SAB 25					
Biol. Isabel Nateros Ore	17.-Gestión de la Información	MC. Raúl Castañeda Marín	x							Gustavo Carreño Sofía			
	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Carolina Hernández Ortiz		x						Yuliana Vallejos Tapia			
	19.- Manejo de Riesgo Social	Biol. Isabel Nateros Ore			x					Martha Zavaleta Alegre			
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Carolina Hernández Ortiz				x				Luis Cruz Lozada			
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Biol. Isabel Nateros Ore					x			Luis Cruz Lozada			



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° 054	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSS	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Obst. Leonila Esther Yarlequé Dioses	Evaluador Líder
MC. Felix Humberto Matta Anicama	Evaluador
MC. Raúl Martín Castañeda Marín	Evaluador
Lic. Enf. Rosa Carolina Hernández Ortiz	Evaluador
Biol. Isabel Salome Nateros Ore	Evaluador

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CHACARILLA DE OTERO 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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	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. PICÓN CASTILLO LAURA VERÓNICA
Jefe del Centro de Salud Chacarilla de Otero



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| - CD. Loarte Ortega Lilian María | Líder del equipo |
| - CD. Guillen Matos Idania Merly | Evaluador interno |
| - QF. Rojas Atencio Marlene | Evaluador interno |
| - Obst. Bello Montesinos Liz Betty | Evaluador interno |
| - MC. Aguilar Mesias Salomon Emiliano | 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° 053	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCHO	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:	8
VII. RESPONSABILIDADES:	9
VIII. ANEXOS:	9





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CHACARILLA DE OTERO, 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 Chacarilla de Otero, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Chacarilla de Otero, 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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	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 Chacarilla de Otero, 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 Chacarilla de Otero, 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 Chacarilla de Otero.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Chacarilla de Otero, 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 Chacarilla de Otero.

IV. ALCANCE:

El presente plan de autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Chacarilla de Otero.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General (Actualizar la normativa de corresponder)

- 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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	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 Centro de Salud Chacarilla de Otero, 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 Chacarilla de Otero, 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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01

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

N°	Apellidos y Nombres	Profesión	Cargo
1	CD. Loarte Ortega Lilian María	Cirujano Dentista	Líder del equipo
2	CD. Guillen Matos Idania Merly	Cirujano Dentista	Evaluador interno
3	QF. Rojas Atencio Marlene	Químico farmacéutico	Evaluador interno
4	Obst. Bello Montesinos Liz Betty	Obstetra	Evaluador interno
5	MC. Aguilar Mesias Salomon Emiliano	Médico Cirujano	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 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 Chacarilla de Otero

- 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,





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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01

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.
- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	Nº 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V,01

- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **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 Chacarilla de Otero

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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





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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





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

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN 03	MAR 04	MIER 05	JUE 06	VIER 07	SAB 08		
MC. Aguilar Mesias Salomon E.	1.- Direccionamiento	MC. Aguilar Mesias Salomon E.		Mañana						MC. Picon Castillo Laura Veronica
	2.-Gestión de recursos humanos	QF. Rojas Atencio Marlene			Mañana					Tec. Adm. Rcanqui Leonardo Trishella
	3.-Gestión de la Calidad	CD. Guillen Matos Idania Merly					Mañana			CD. Loarte Ortega Lilian Maria
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	CD. Loarte Ortega Lilian Maria		Mañana						Biol. Peña Rocha John Chistian
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Obs. Bello Montesinos Betty							Mañana	CD. Guillen Matos Idania Merly
	6.-Control de Gestión y prestación	QF. Rojas Atencio Marlene				Mañana				MC. Picon Castillo Laura Veronica
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN 10	MAR 11	MIER 12	JUE 13	VIER 14	SAB 15		
CD. Guillen Matos Idania Merly	7.- Atención Ambulatoria	Obs. Bello Montesinos Betty	Mañana							MC. Busso Escurra Alicia Carmela
	8.-Atención Extramural	QF. Rojas Atencio Marlene		Mañana						MC. Argote Casachagua Yovana Alena
	10.- Atención de Emergencia	CD. Guillen Matos Idania Merly						Mañana		MC. Rios Morales Juan Manuel
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Aguilar Mesias Salomon E.			Mañana					Tec. Lab. Achulla Ccoyllo Carlos Alfredo





PERÚ Ministerio de Salud

Vinculación de Prestaciones y Asesoramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Una 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/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01
Numeración	N° 053	



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)			
			3° SEMANA										
			LUN 17	MAR 18	MIER 19	JUE 20	VIER 21	SAB 22					
CD. Loarte Ortega Lillian María	14.-Admisión y Alta	CD. Loarte Ortega Lillian María			Mañana					Tec. Adm. Pannahua Pilihuaman Mercedes			
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Obs. Bello Montesinos Betty	Mañana							Asist. Soc. Kriette Huallullo Katy			
	16.-Gestión de medicamentos	CD. Loarte Ortega Lillian María					Mañana			QF. Huaracc Bustamante Florentina Nelly			
	17.-Gestión de la Información	QF. Rojas Atencio Marlene			Mañana					Tec. Adm. Patricio Guzman Sandy Steffany			
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)			
			4° SEMANA										
			LUN 24	MAR 25	MIER 26	JUE 27	VIER 28	SAB 29					
				Mañana									Lic. Enf. Uribe Polanco Mirella
							Mañana						Asist. Dent. Avalos Sanchez Laura
QF. Rojas Atencio Marlene	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Obs. Bello Montesinos Betty	Mañana							Tec. Adm. Naventa Bravo Luz Raquel			
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	QF. Rojas Atencio Marlene			Mañana					Tec. Enf. Zamora Laura Junior			



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° 053	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCHO	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
CD. Loarte Ortega Lilian María	Líder del equipo
CD. Guillen Matos Idania Merly	Evaluador interno
QF. Rojas Atencio Marlene	Evaluador interno
Obst. Bello Montesinos Liz Betty	Evaluador interno
MC. Aguilar Mesias Salomon Emiliano	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° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SAN ATANACIO DE PEDREGAL, 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° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	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. BEATRIZ LETICIA CORTEZ CUETO
Jefe del Centro de Salud San Atanacio de Pedregal



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| - MC. E. Mariela Navarro Campos | Líder del equipo |
| - Obst. Kandy Norma Vega Nolazco | Evaluador interno |
| - C.D. Erick H. Santiago Chavez | Evaluador interno |
| - Lic. Enf. Jenny M. Asparrin Rojas | Evaluador interno |
| - As. Social. Rebeca L. Aybar Arriola | 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° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SAN ATANACIO DE PEDREGAL, 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 San Atanacio de Pedregal, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud San Atanacio de Pedregal 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° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	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 San Atanacio de Pedregal, 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 San Atanacio de Pedregal, 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 San Atanacio de Pedregal.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas Centro de Salud San Atanacio de Pedregal, 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 San Atanacio de Pedregal.

IV. ALCANCE:

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

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° 052	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSAP	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 Centro de Salud San Atanacio de Pedregal 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 San Atanacio de Pedregal, 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 SaludDirección de Areas
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"

189

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° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud San Atanacio de Pedregal

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	E. Mariela Navarro Campos	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Kandy Norma Vega Nolazco	Obstetra	Evaluador interno
3	Erick H. Santiago Chavez	Odontólogo	Evaluador interno
4	Jenny M. Asparrin Rojas	Enfermera	Evaluador interno
5	Rebeca L. Aybar Arriola	Asistente Social	Evaluador interno

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

6.1.2 Etapa 2

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

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud San Atanacio de Pedregal

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





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° 052	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

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

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



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 052	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V,01

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

6.3 Instrumentos a utilizar:

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

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud San Atanacio de Pedregal.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos.





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01
Numeraación	N° 052	



MACROPROCESOS	Responsables	II TRIM		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.- Direccionamiento	E. Mariela Navarro Campos.																		
2.-Gestión de recursos humanos	Kandy N. Vega Nolazco																		
3.-Gestión de la Calidad	E. Mariela Navarro Campos																		
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Kandy N. Vega Nolazco																		
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Kandy N. Vega Nolazco																		
6.-Control de Gestión y prestación	Kandy N. Vega Nolazco																		
7.- Atención Ambulatoria	E. Mariela Navarro Campos.																		
8.-Atención Extramural	E. Mariela Navarro Campos.																		
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																		
10.- Atención de Emergencia	E. Mariela Navarro Campos.																		
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																		
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																		
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	M.C. E. Mariela Navarro Campos																		



PERÚ
Ministerio de Salud

Viceministerio de Promoción y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Unidad 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° 052	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



Actividades	Responsables	II TRIM		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						
14.-Admisión y Alta	Rebeca Aybar Arriola																										
15.-Referencia y Contrarreferencia	Kandy N. Vega Nolasco																										
16.-Gestión de medicamentos	Jenny Asparrin Rojas																										
17.-Gestión de la Información	Rebeca Aybar Arriola																										
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Jenny Asparrin Rojas																										
19.- Manejo de Riesgo Social	Rebeca Aybar Arriola																										
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																										
21.- Gestión de insumos y materiales	Erick Santiago Chávez																										
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Erick Santiago Chávez																										
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	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 052	DIRIS - L/DIRMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

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

Responsable por Sub equipo	Equipo de Evaluadores Interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
		1° SEMANA							
		LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
M.C. E. Mariela Navarro Campos	1.- Direccionamiento	x	x			x			Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco
	2.- Gestión de recursos humanos		x						M.C. E. Mariela Navarro Campos
	3.- Gestión de la Calidad			x	x	x			Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco
	4.- Manejo de Riesgo de Atención			x		x			M.C. E. Mariela Navarro Campos
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres			x		x			M.C. E. Mariela Navarro Campos
	6.- Control de Gestión y prestación			x		x			M.C. E. Mariela Navarro Campos
Responsable por Sub equipo	Equipo de Evaluadores Interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
		2° SEMANA							
Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco	7.- Atención Ambulatoria		x		x			x	Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco
	8.- Atención Extramural	x		x		x			Lic. Enfer. Jenny Asparrin Rojas
	10.- Atención de Emergencia								Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento								Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco





PERÚ
Ministerio de Salud

Viceministerio 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° 052	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Lic Enfer, Jenny Asparrin Rojas	14.-Admisión y Alta	A. Social, Rebeca Aybar Arriola	x		x		x			Lic Enfer, Jenny Asparrin Rojas
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Obst. Kandy N. Vega Nolasco	x		x		x			Lic Enfer, Jenny Asparrin Rojas
	16.-Gestión de medicamentos	Lic Enfer, Jenny Asparrin Rojas		x		x		x		CD. Erick Santiago Chávez
	17.-Gestión de la Información	A. Social, Rebeca Aybar Arriola		x		x		x		Lic Enfer, Jenny Asparrin Rojas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
A. Social, Rebeca Aybar Arriola	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización 19.- Manejo de Riesgo Social 21.-Gestión de Insumos y Materiales 22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic Enfer, Jenny Asparrin Rojas A. Social, Rebeca Aybar Arriola CD. Erick Santiago Chávez CD. Erick Santiago Chávez	4° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
			x		x				x	CD. Erick Santiago Chávez
			x		x				x	CD. Erick Santiago Chávez
			x		x		x			A. Social, Rebeca Aybar Arriola
x		x						A. Social, Rebeca Aybar Arriola		



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° 052	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSAP	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. E. Mariela Navarro Campos	Líder del equipo
Obst. Kandy Norma Vega Nolazco	Evaluador interno
C.D. Erick H. Santiago Chavez	Evaluador interno
Lic. Enf. Jenny M. Asparrin Rojas	Evaluador interno
As. Social. Rebeca L. Aybar Arriola	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° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD VILLA MARIA DEL PERPETUO SOCORRO, 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° 051	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSVMPS	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. KATHERINE SUGGEY ORDOÑEZ MIÑAN
Jefa del Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - Psi. Miranda Watanabe Milagritos Nancy | Evaluador Líder |
| - Tec. Adm. Albarracín Condo Laura Erika | Evaluador |
| - Lic. Arroyo Zorrilla Tania Kelin | Evaluador |
| - M.C. Gonzales Cardenas Jorge Luis | Evaluador |
| - Tec. Enf. Lovera Hernández Ernesto Teodoro | Evaluador |
| - M.C. Ordoñez Miñan Katherine Suggey | Evaluador |
| - Lic. Ríos Gómez Jaquelin Rocío | Evaluador |
| - Q.F. Vásquez Benavides José Luis | Evaluador |
| - M.C. Villaverde Tarrillo Iván Ángel | Evaluador |



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° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	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° 051	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSVMPS	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD VILLA MARIA DEL PERPETUO SOCORRO, 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 de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" por el Equipo Evaluador interno del Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro 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 Calendarlo de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	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 Villa María del Perpetuo Socorro, 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 Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro, 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 Villa María del Perpetuo Socorro.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro, 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 Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro.

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro.

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° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	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 Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro 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 Villa María del Perpetuo Socorro, 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 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° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Miranda Watanabe Milagritos Nancy	Psicólogo	Evaluador líder
2	Albarracin Condo Laura Erika	Técnico Administrativo	Evaluador interno
3	Arroyo Zorrilla Tania Kelin	Enfermera	Evaluador interno
4	Gonzales Cárdenas Jorge Luis	Médico Cirujano	Evaluador interno
5	Lovera Hernández Ernesto Teodoro	Técnico en Enfermería	Evaluador interno
6	Ordoñez Miñan Katherine Suggey	Médico Cirujano	Evaluador interno
7	Ríos Gómez Jaquelin Rocío	Obstetra	Evaluador interno
8	Vásquez Benavides José Luis	Químico Farmacéutico	Evaluador interno
9	Villaverde Tarrillo Iván Ángel	Médico Cirujano	Evaluador interno

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

6.1.2 Etapa 2

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

6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro.

- 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





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° 051	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSVMPS	2025-V.01

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 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.





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° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	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 Villa María del Perpetuo Socorro.

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° 051	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSVMPS	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 01: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





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-CSVMPS	2025-V.01



MACROPROCESOS	Responsables	II TRIM		III TRIM				IV TRIM											
		I TRIM	II TRIM	JUL		AGO		OCT		NOV		DIC							
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.- Direccionamiento	Psi. Miranda Watanabe Milagritos Nancy						x												
2.-Gestión de recursos humanos	Psi. Miranda Watanabe Milagritos Nancy						x												
3.-Gestión de la Calidad	M.C.Ordoñez Miñan Katherine Suggey						x												
4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.C.Ordoñez Miñan Katherine Suggey						x												
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M.C.Villaverde Tarrillo Iván Angel						x												
6.-Control de Gestión y prestación	M.C.Villaverde Tarrillo Iván Angel						x												
7.- Atención Ambulatoria	M.C.Gonzales Cardenas Jorge Luis									x									
8.-Atención Extramural	M.C.Gonzales Cardenas Jorge Luis									x									
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																		
10.- Atención de Emergencia	L/C.Ríos Gómez Jaquelin Rocío									x									
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																		
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																		
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	L/C.Ríos Gómez Jaquelin Rocío									x									



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-CSVMPS	2025-V.01
Numeración	N° 051	



ANEXO 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			
Psi. Miranda Watanabe Milagritos Nancy	1.- Direccionamiento	Psi. Miranda Watanabe Milagritos Nancy	x							Responsables de las Áreas	
	2.-Gestión de recursos humanos	Psi. Miranda Watanabe Milagritos Nancy		x						Responsables de las Áreas	
	3.-Gestión de la Calidad	M.C.Ordoñez Miñan Katherine Suggey			x					Responsables de las Áreas	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.C.Ordoñez Miñan Katherine Suggey				x				Responsables de las Áreas	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M.C.Villaverde Tarrillo Iván Angel					x			Responsables de las Áreas	
	6.-Control de Gestión y prestación	M.C.Villaverde Tarrillo Iván Angel							x	Responsables de las Áreas	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			2° SEMANA								
			LUN 11	MAR 12	MIER 13	JUE 14	VIER 15	SAB 16			
M.C.Gonzales Cardenas Jorge Luis	7.- Atención Ambulatoria	M.C.Gonzales Cardenas Jorge Luis	x								Responsables de las Áreas
	8.-Atención Extramural	M.C.Gonzales Cardenas Jorge Luis		x						Responsables de las Áreas	
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Ríos Gómez Jaquelin Rocío			x					Responsables de las Áreas	
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic.Ríos Gómez Jaquelin Rocío						x		Responsables de las Áreas	



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 - LCI/DMGS-OGC-CSVMPS	2025-V.01
Numeración	N° 051	



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)			
			3° SEMANA										
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23					
Lic. Arroyo Zorrilla Tania Kellin	14.- Admisión y Alta	Lic. Arroyo Zorrilla Tania Kellin	x							Responsables de las Áreas			
	15.- Referencia y Contrarreferencia	Lic. Arroyo Zorrilla Tania Kellin		x						Responsables de las Áreas			
	16.- Gestión de medicamentos	Tec. Enf. Lovera Hernández Ernesto Teodoro			x					Responsables de las Áreas			
	17.- Gestión de la Información	Q.F. Vásquez Benavides José Luis				x				Responsables de las Áreas			
Responsable por Sub equipo Q.F. Vásquez Benavides José Luis	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)			
			4° SEMANA										
			LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30					
			18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Q.F. Vásquez Benavides José Luis	x								Responsables de las Áreas
			19.- Manejo de Riesgo Social	Tec. Enf. Lovera Hernández Ernesto Teodoro		x							Responsables de las Áreas
			21.- Gestión de Insumos y Materiales	Tec. Adm. Albaracín Condo Laura Erika			x						Responsables de las Áreas
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Adm. Albaracín Condo Laura Erika				x				Responsables de las Áreas				



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° 051	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSVMPS	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Psi. Miranda Watanabe Millagritos Nancy	Evaluador Líder
Tec. Adm. Albarracin Condo Laura Erika	Evaluador
Lic.Arroyo Zorrilla Tania Kelin	Evaluador
M.C.Gonzales Cardenas Jorge Luis	Evaluador
Tec.Enf. Lovera Hernández Ernesto Teodoro	Evaluador
M.C.Ordoñez Miñan Katherine Suggey	Evaluador
Lic. Ríos Gómez Jaquelin Rocío	Evaluador
Q.F.Vásquez Benavides José Luis	Evaluador
M.C.Villaverde Tarrillo Iván Ángel	Evaluador

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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

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



**DIRECCIÓN EJECUTIVA 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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	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. ISABEL LÓPEZ ESCOBEDO
Jefa del Puesto de Salud Santa Rosa

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-------------------|
| - MC. Rosario Huamán Tarazona | Líder del equipo |
| - CD. Roberto Felipa Moquillaza | Evaluador interno |
| - Lic. Maribel Tello Paucar | Evaluador interno |
| - Lic. Gabriela García Gonzales | Evaluador interno |
| - Lic. Bertha Medina Coronado | Evaluador interno |
| - Obst. Silvia Ponce Facundo | Evaluador interno |
| - Tec Asist. Lizardo Reyes Infante | Evaluador interno |
| - Tec Asist. Elizabeth Infante Ternero | Evaluador interno |



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° 050	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSR	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° 050	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD SANTA ROSA, 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 Santa Rosa, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Santa Rosa 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 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"

200

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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	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 Santa Rosa, 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 Santa Rosa, 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/ Santa Rosa
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Santa Rosa, 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 Santa Rosa

IV. ALCANCE:

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

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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	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 Santa Rosa 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 Santa Rosa, 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





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"

205

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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01

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

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Rosario Huaman Tarazona	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Roberto Felipa Moquillaza	Cirujano Dentista	Evaluador interno
3	Maribel Tello Paucar	Licenciada	Evaluador interno
4	Gabriela Garcia Gonzales	Licenciada	Evaluador interno
5	Bertha medina Coronado	Licenciada	Evaluador interno
6	Silvia Ponce Facundo	Obstetra	Evaluador interno
7	Lizardo Reyes Infante	Tec Asistencial	Evaluador interno
8	Elizabeth Infante Ternero	Tec Asistencial	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica de Salud N° 050 – MINSA/DGSP V.02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la Guía del Evaluador Interno, el Listado de Estándares 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 Santa Rosa.

- 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° 050	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSR	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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	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 Santa Rosa.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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





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° 050	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01

- Elaborar el Plan de Autoevaluación/evaluación.
- Elaborar el Informe Técnico de evaluación.
- Asumir las funciones que el evaluador líder le asigne.

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 050	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS -LC/DMGS-OGC-FSSR	Año Calendario de aprobación 2025-V/01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



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

Actividades	Responsables	I TRIM	II TRIM	IV 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
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC	X																									
Conformación del Equipo de Evaluadores internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS I Nivel	X																									
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC		X																								
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS I nivel		X																								
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y esta a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS I nivel		X																								
Comunicación de inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS		X																								
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno		X																								



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° 050	DIRIS - LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01



Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM												IV 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										
14.-Admisión y Alta	Tec Lizardo Reyes			x																											
15.-Referencia y Contrareferencia	Lic Bertha Medina			x																											
16.-Gestión de medicamentos	CD Roberto Feipa			x																											
17.-Gestión de la Información	Obst Silvia Ponce			x																											
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic Maribel Tello									x																					
19.- Manejo de Riesgo Social	Obst Silvia Ponce									x																					
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																														
21.- Gestión de insumos y materiales	MC Rosario Huamán									x																					
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Lic Maribel Tello									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

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	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01



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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
Lic. Bertha Medina	1.- Direccionamiento	Lic. Bertha Medina		mañana							Responsables de las áreas
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Rosario Huamán			mañana						Responsables de las áreas
	3.-Gestión de la Calidad	Lic. Bertha Medina				mañana					Responsables de las áreas
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	CD. Roberto Feijoa					mañana				Responsables de las áreas
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Gabriela García						mañana			Responsables de las áreas
	6.-Control de Gestión y prestación	Obst. Silvia Ponce								mañana	Responsables de las áreas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JUNIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			2° SEMANA								
Lic. Gabriela García	7.- Atención Ambulatoria	Tec. Elizabeth Infante									Responsables de las áreas
	8.-Atención Extramural	Tec. Lizardo Reyes		mañana							Responsables de las áreas
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Gabriela García			mañana						Responsables de las áreas
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Tec. Elizabeth Infante				mañana					Responsables de las áreas



PERÚ
Ministerio de Salud

Dirección de Redes,
Investigación y 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/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JUNIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3ª SEMANA							
			LUN 14	MAR 15	MIER 16	JUE 17	VIER 18	SAB 19		
CD. Roberto Felipa	14.-Admisión y Alta	Tec. Lizardo Reyes		mañana						Responsables de las áreas
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Bertha Medina			mañana					Responsables de las áreas
	16.-Gestión de medicamentos	CD. Roberto Felipa				mañana				Responsables de las áreas
	17.-Gestión de la Información	Obst. Silvia Ponce					mañana			Responsables de las áreas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JUNIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			4ª SEMANA							
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26		
MC Rosario Huamán	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Maribel Tello		mañana						Responsables de las áreas
	19.- Manejo de Riesgo Social	Obst. Silvia Ponce			mañana					Responsables de las áreas
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	MC. Rosario Huamán				mañana				Responsables de las áreas
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Maribel Tello						mañana		Responsables de las áreas

<https://dirislimacentro.gob.pe>
Av. Nicolás de Piérola 589
Cercado de Lima, Perú
T (01) 743-5835



PERU

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° 050	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSR	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Rosario Huamán Tarazona	Líder del equipo
CD. Roberto Felipa Moquillaza	Evaluador interno
Lic. Maribel Tello Paucar	Evaluador interno
Lic. Gabriela García Gonzales	Evaluador interno
Lic. Bertha Medina Coronado	Evaluador interno
Obst. Silvia Ponce Facundo	Evaluador interno
Tec Asist. Lizardo Reyes Infante	Evaluador interno
Tec Asist. Elizabeth Infante Ternero	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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD SAN JUAN MASIAS, 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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	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

CD. JUAN VILLAVERDE CONTRERAS
Jefe del Puesto de Salud San Juan Masías

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|---|-----------------|
| - Psi. Ruiz Sarmiento Ana Luisa | Evaluador Líder |
| - M.C. Santisteban Salcedo Karen Mercedes | Evaluador |
| - Obs. Baquerizo Aliaga Azucena | Evaluador |
| - C.D. Villaverde Contreras Juan | Evaluador |
| - Lic. Enf. Javier Ramos Luz María | Evaluador |
| - M.C. Roncal Castro Daniel Alejandro | Evaluador |
| - Tec. Adm. Gómez Guzmán María Elena | Evaluador |



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"

215

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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD SAN JUAN MASIAS, 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 San Juan Masías, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud San Juan Masías 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° 049	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSJM	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 San Juan Masías, 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 San Juan Masías, 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 San Juan Masías.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud San Juan Masías, 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 San Juan Masías

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Puesto de Salud San Juan Masías

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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	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 San Juan Masías 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 la responsable de Calidad del Puesto de Salud San Juan Masías, 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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	2025-V,01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Puesto de Salud San Juan Masías

N°	Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
1	Ana Luisa Ruiz Sarmiento	Psicóloga	Evaluador Líder
2	Juan Villaverde Contreras	Cirujano Dentista	Evaluador interno
3	Azucena Baquerizo Aliaga	Obstetra	Evaluador interno
4	Luz Maria Javier Ramos	Enfermera	Evaluador interno
5	Daniel Roncal Castro	Médico	Evaluador interno
6	María Elena Gómez Guzmán	Tec. Administrativo	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 conforme al tipo de categoría del establecimiento de salud, 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 San Juan Masías

- 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° 049	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSJM	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.
- **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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	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 San Juan Masías

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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





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° 049	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSSJM	2025-V.01

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 049	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSSJM	2025-V.01



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

Actividades	Responsables	I TRIM	II TRIM												III TRIM												IV 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																																		
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador Interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC	x																																																						
Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS I Nivel	x																																																						
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC																																																							
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS I nivel																																																							
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y este a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS I nivel																																																							
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS																																																							
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno																																																							



PERÚ
Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Seguro en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Una 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° 049	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-PSSJM	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)	
			1° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
CD. Juan Villaverde Contreras	1.- Direccinamiento	Lic. Ana Ruiz Sarmiento.			X						CD. Juan Villaverde Contreras
	2.-Gestión de recursos humanos	Sra. María Elena Gómez Guzmán.			X						Lic. Ana Ruiz Sarmiento
	3.-Gestión de la Calidad	CD. Juan Villaverde Contreras.				X					Lic. Ana Ruiz Sarmiento
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Daniel Roncal Castro.				X					Lic. Luz Javier Ramos
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	CD. Juan Villaverde Contreras.					X				Lic. Azucena Baquerizo Aliaga
	6.-Control de Gestión y prestación	CD. Juan Villaverde Contreras.								X	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
Lic. Azucena Baquerizo			2° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
			06	07	08	09	10	11			
			X								
	7.- Atención Ambulatoria	CD. Juan Villaverde Contreras.									Sra. María Elena Gómez Guzmán
	8.-Atención Extramural	Lic. Azucena Baquerizo Aliaga.		X							MC. Daniel Roncal Castro
	10.- Atención de Emergencia	MC. Juan Villaverde Contreras.			X						Lic. Luz Javier Ramos.



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-PSSJM	2025-V.01
Numeraación	N° 049	



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		
Dr. Daniel Roncal Castro	14.-Admisión y Alta	Sra. María Elena Gómez				X				CD. Juan Villaverde Contreras
	15.-Referencia y Contrarreferencia	MC. Daniel Roncal Castro				X				CD. Juan Villaverde Contreras
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Luz Javier Ramos.					X			Lic. Luz Javier Ramos
	17.-Gestión de la Información	Lic. Luz Javier Ramos.						X		Lic. Luz Javier Ramos
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN 20	MAR 21	MIER 22	JUE 23	VIER 24	SAB 25		
Lic. Ana Ruiz	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	MC. Daniel Rocal Castro.			X					CD. Juan Villaverde Contreras
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Ana Ruiz Sarmiento					X			CD. Juan Villaverde Contreras.
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Azucena Baquerizo Allaga.						X		Lic. Luz Javier Ramos.
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Ana Ruiz Sarmiento							X	CD. Juan Villaverde Contreras



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° 049	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSSJM	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Ps. Ruiz Sarmiento Ana Luisa	Evaluador Líder
MC. Santisteban Salcedo Karen Mercedes	Evaluador
Obs. Baquerizo Aliaga Azucena	Evaluador
CD. Villaverde Contreras Juan	Evaluador
Lic. Enf. Javier Ramos Luz María	Evaluador
MC. Roncal Castro Daniel Alejandro	Evaluador
Tec. Adm. Gómez Guzmán María Elena	Evaluador

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

