



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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	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 EL PORVENIR, 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° 066	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIEP	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. MELISA MERCEDES BRAVO GALVEZ**  
Jefa del Centro de Salud Materno Infantil El Porvenir



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

### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- |  |                   |
|--|-------------------|
| - MC. Elynor Jiménez Pérez                 | Evaluador líder   |
| - Obs. Carmen Breña Maye                   | Evaluador interno |
| - MC. Dora Zavala Torres                   | Evaluador interno |
| - MC. Guisella Bautista Benito             | Evaluador interno |
| - CD. Ricardo Paz Soldan Oblitas           | Evaluador interno |
| - Obs. Katherine Cairo Dionicio            | Evaluador interno |
| - Lic. Enf. Erika Liseth Hernández Vergara | Evaluador interno |
| - Bio. Ángel Montes de Oca Velasco         | Evaluador interno |
| - A.S. Jackeline Ricse Cayhuasana          | Evaluador interno |
| - Tec. Med. Hayde Hilares Madera           | Evaluador interno |
| - Obs. Beatriz Juana Cupi Quispe           | Evaluador interno |
| - A.S. Paola Landa Cavero                  | Evaluador interno |
| - Tec. Enf. Fátima Valdivia Espinoza       | Evaluador interno |
| - MC. Edgar Ramos Castro                   | 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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	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	Nº 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	2025-V.01

## “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL EL PORVENIR, PARA EL AÑO 2025”

### I. INTRODUCCIÓN:

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

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



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



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

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Materno Infantil el Porvenir, 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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	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 el Porvenir, 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 el Porvenir, 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 el Porvenir.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Materno Infantil el Porvenir, 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 el Porvenir.



**IV. ALCANCE:**

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

**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.



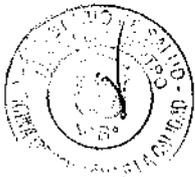


Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	2025-V.01

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 Materno Infantil el Porvenir, 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 el Porvenir, 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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	2025-V.01

**Cuadro N°01:** Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Materno Infantil el Porvenir.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Elynor Jiménez Pérez	Medico	Evaluador Líder
2	Carmen Breña Maye	Obstetra	Evaluador interno
3	Dora Zavala Torres	Medico	Evaluador interno
4	Guisella Bautista Benito	medico	Evaluador interno
5	Ricardo Paz Soldán Oblitas	Cirujano Dentista	Evaluador interno
6	Katherine Cairo Dionicio	Obstetra	Evaluador interno
7	Erika Liseth Hernández Vergara	Lic. de Enf	Evaluador interno
8	Ángel Montes de Oca Velasco	Biólogo	Evaluador interno
9	Jackeline Ricse Cayhuasana	Asist. Social	Evaluador interno
10	Hayde Hilares Madera	Tenc Med	Evaluador interno
11	Beatriz Juana Cupi Quispe	Obstetra	Evaluador interno
12	Paola Landa Cavero	Asist Social	Evaluador interno
13	Fátima Valdivia Espinoza	Tecn de Enf	Evaluador interno
14	Edgar Ramos Castro	Médico	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 Materno Infantil el Porvenir.

- 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



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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	2025-V.01

estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.

- Lo recomendable para la evaluación, es leer el estándar y el criterio que se quiere calificar, preguntar si todos los participantes entendieron de la misma forma, a fin de relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.
- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "Acreditación" se debe elaborar el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realiza la REUNIÓN DE CIERRE (generando un acta) en coordinación con 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.





PERÚ

Ministerio de Salud



76

76

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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	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 Materno Infantil el Porvenir.

**7.2 Oficina de Gestión de Calidad**

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

**7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud**

- Define las acciones de planificación para la acreditación.
- Lidera la formulación del plan de autoevaluación para la acreditación y del proceso de acreditación.
- Designa formalmente al Equipo Evaluador Interno del establecimiento de salud.
- Remite mediante documento formal la Comunicación de Inicio del proceso de Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro.

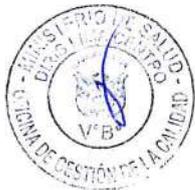


Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 066	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSMIEP	2025-V.01

- Promueve el cumplimiento de los estándares de acreditación en el establecimiento de salud.
- Brinda las facilidades y recursos para la implementación del proceso de Autoevaluación y para las acciones de mejora que deriven de los resultados del proceso de autoevaluación.
- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

#### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

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



#### VIII. ANEXOS:

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

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos





<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 066	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS - L.C./DIMS-OGG-CSMIEP	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

**ANEXO N°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
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	OGG.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 este 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														









PERÚ  
Ministerio de Salud

Ministerio de Planificación 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"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 066	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

### ANEXON° 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				
MC. Dora Zavala Torres	1.- Direccionamiento	MC Dora Zavala Torres			Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	05	MC. Melissa M. Bravo Gálvez
	2.-Gestión de recursos humanos	MC Edgar Ramos Carro			Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana		Tecn Adm. Humberto Chuquimejo Moreno
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Dora Zavala Torres			Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana	Mañana		MC. Elynor Jiménez Pérez- Resp. De Calidad
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Guisella Bautista Benito					Mañana	Mañana				MC. Melissa Bravo Gálvez - A. Social Paola Landa
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	CD. Ricardo Paz Soldan					Mañana	Mañana				CD. Walter Huaynate
	6.-Control de Gestión y prestación	Obst. Carmen Breña Maye					Mañana	Mañana				MC Melissa Bravo Gálvez
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)		
			2° SEMANA									
MC. Guisella Bautista Benito	7.- Atención Ambulatoria 8.-Atención Extramural 9.-Atención de Hospitalización 10.- Atención de Emergencia 13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Obst. Katheine Cairo Dionisio Obst. Beatriz Cupi Quispe Asistente Social Jackeline Riccose Caysahuana MC. Guisella Bautista Benito MC Edgar Ramos Carro	LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB				
			07	08	09	10	11	12				
			mañana				mañana				Jefatura	
			Mañana	mañana	Mañana	Mañana	Mañana				MC. Edgar Ramos Castro	
				Mañana	Mañana	Mañana					MC. Wilder Suarez Vásquez	
									MC Luis Vicharra			
				mañana								Dr. Ronald Salazar Malquichagua





<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 066	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS - LC/DMGCS-OGG-CSMIEP	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3ª SEMANA								
			LUN 14	MAR 15	MIER 16	JUE 17	VIER 18	SAB 19			
Obst. Carmen Breña Maye	14.-Admisión y Alta	Obst. Carmen Breña Maye			Mañana			Mañana			Adm. Raul Poinares
	15.-Referencia y Contrarreferencia	CD. Ricardo Paz Soldán	Mañana		Mañana						MC Dora Zavala Torres
	16.-Gestión de medicamentos	Biologo Angel Montesde Oca Velazco	Mañana				Mañana				FQ. Greily Juca Bustos
	17.-Gestión de la Información	Obst. Katheline Cairo Dionisio		Mañana				Mañana			Tecn. Enf. Fatima Valdivia Espinoza
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4ª SEMANA								
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26			
CD. Ricardo Paz Soldán	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Obst. Beatriz Cupi Quilsp			Mañana			Mañana			Orestes Romani Herbas
	19.- Manejo de Riesgo Social	Asistente Social Jackeline Ricosse Caysahuana	Mañana		Mañana						Paola Landa Caverro
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Obst. Carmen Breña Maye		Mañana				Mañana			FQ. Greily Juca Bustos
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Asistente Social Paola Landa Caverro		Mañana							Willians Cosi Carrasacp





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° 066	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSMIEP	2025-V.01

## ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Elynor Jiménez Pérez	Evaluador líder
Obs. Carmen Breña Maye	Evaluador interno
MC. Dora Zavala Torres	Evaluador interno
MC. Guisella Bautista Benito	Evaluador interno
CD. Ricardo Paz Soldan Oblitas	Evaluador interno
Obs. Katherine Cairo Dionicio	Evaluador interno
Lic. Enf. Erika Liseth Hernández Vergara	Evaluador interno
Bio. Ángel Montes de Oca Velasco	Evaluador interno
A.S. Jackeline Ricse Cayhuasana	Evaluador interno
Tec. Med. Hayde Hilares Madera	Evaluador interno
Obs. Beatriz Juana Cupi Quispe	Evaluador interno
A.S. Paola Landa Cavero	Evaluador interno
Tec. Enf. Fátima Valdivia Espinoza	Evaluador interno
MC. Edgar Ramos Castro	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° 065	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSM	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 MIGUEL, 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° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	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. ANA ERIKA CHINEN YARA**  
Jefa del Centro de Salud San Miguel

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



### **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| - Lic. Enf. Chamocho Cherre Karina Antonieta | Evaluador Líder |
| - M.C. Chinen Yara Ana Erika                 | Evaluador       |
| - M.E. Amaya Fiestas María Domitila          | Evaluador       |
| - Tec. Med. Correa Herrera José Martín       | Evaluador       |
| - T.S. Ramírez Del Águila Haydee             | Evaluador       |
| - Est. I Tuesta Celis Roger                  | 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° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	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° 065	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSM	2025-V.01

## “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL, PARA EL AÑO 2025”

### I. INTRODUCCIÓN:

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

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

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

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

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud San Miguel 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° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	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 Miguel, 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 Miguel, 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 Miguel.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud San Miguel, 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 Miguel.

### IV. ALCANCE:

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

### 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° 065	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSM	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 Miguel 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 San Miguel, 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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	2025-V.01

**Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud San Miguel.**

<b>N°</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Cargo</b>
1	Chamochumbi Cherre Karina Antonieta	Enfermera	Evaluador líder
2	Chinen Yara Ana Erika	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Amaya Fiestas María Domitila	Médico especialista	Evaluador interno
4	Correa Herrera José Martín	Tec. Médico	Evaluador interno
5	Ramírez Del Águila Haydee	Trabajadora social	Evaluador interno
6	Tuesta Celis Roger	Estadístico	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 Miguel.

- 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





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° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	2025-V.01

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° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	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 Centro de Salud San Miguel.

### 7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

### 7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 065	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSM	2025-V.01

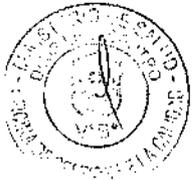
#### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

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

#### VIII. ANEXOS:

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

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos









Ministerio de Salud  
#Salud

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



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



Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM				IV TRIM							
								JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC	
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
14.-Admisión y Alta	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramirez del Aguila																		
15.-Referencia y Contrareferencia	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramirez del Aguila																		
16.-Gestión de medicamentos	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramirez del Aguila																		
17.-Gestión de la Información	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramirez del Aguila																		
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamochumbi Cherre																		
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamochumbi Cherre																		
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																		
21.- Gestión de insumos y materiales	Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamochumbi Cherre																		
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamochumbi Cherre																		
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																		



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	2025-V.01
<b>Numeración</b>	<b>N° 065</b>	

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26		
Lic. Enfermería Karina Antonieta Chamochumbi Cherre	1.- Direccionamiento	M.E. María Domitilia Amaya Fiestas	Mañana	Mañana	Tarde		Mañana		M.C. Ana Erika Chinen Yara	
	2.-Gestión de recursos humanos	M.E. María Domitilia Amaya Fiestas	Mañana		Mañana		Mañana		Esp. Estadístico I Roger Tuesta Celis	
	3.-Gestión de la Calidad	M.E. María Domitilia Amaya Fiestas	Mañana			Tarde			M.C. Ana Erika Chinen Yara	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.E. María Domitilia Amaya Fiestas	Mañana			Tarde			M.C. Ana Erika Chinen Yara	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	M.E. María Domitilia Amaya Fiestas		Mañana	Tarde		Tarde		M.C. Hernán Concepción Quispe Sifuentes	
	6.-Control de Gestión y prestación	M.E. María Domitilia Amaya Fiestas	Mañana		Mañana		Tarde		M.C. Ana Erika Chinen Yara	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO/AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN 28	MAR 29	MIER 30	JUE 31	VIER 01	SAB 02		
Tec. Med. José Martín Correa Herrera	7.- Atención Ambulatoria	M.C. Ana Erika Chinen Yara	Mañana		Mañana		Mañana		M.C. Henry Gonzales Moya	
	8.-Atención Extramural	M.C. Ana Erika Chinen Yara	Mañana		Mañana		Mañana		Lic. en Trabajo Social Haydee Ramirez del Águila	
	10.- Atención de Emergencia	M.C. Ana Erika Chinen Yara		Mañana	Tarde		Tarde		M.C. Henry Gonzales Moya	
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	M.C. Ana Erika Chinen Yara	Mañana		Mañana		Tarde		Tec. Med. Laboratorio Soledad Roldán Zelaya – Tec. Med. Radiología José Martín Correa	





PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Gestión Integrada de Salud Sinu Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>DIRIS - LC/DMGs-OCC-CSSM</b>	<b>2025-V.01</b>



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			1ª SEMANA							
			LUN 04	MAR 05	MIER 06	JUE 07	VIER 08	SAB 09		
Estadístico   Roger Tuesta Celis	14.- Admisión y Alta	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramírez del Águila	Mañana	Tarde		Mañana			Mañana	Tec. Adm. Juan Carlos Cotrina Altaga
	15.- Referencia y Contrareferencia	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramírez del Águila	Mañana		Tarde			Mañana		Tec. Adm. Imelda Romero Cotrina
	16.- Gestión de medicamentos	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramírez del Águila		Mañana		Mañana			Mañana	Q. F. Nataly Llacsa López
	17.- Gestión de la Información	Lic. en Trabajo Social Haydee Ramírez del Águila	Mañana	Tarde		Mañana			Mañana	Tec. Asist. Liz Emilia Vega Mayuri
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
Lic. en Trabajo Social Haydee Ramírez del Águila	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización 19.- Manejo de Riesgo Social 21.- Gestión de Insumos y Materiales 22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamocho Cherre Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamocho Cherre Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamocho Cherre Lic. en Enf. Karina Antonieta Chamocho Cherre	2ª SEMANA							
			LUN 11	MAR 12	MIER 13	JUE 14	VIER 15	SAB 16		
			Mañana	Mañana	Tarde		Mañana		Mañana	Lic. Enf. Diana Valladares Abrojo
			Mañana	Tarde		Mañana		Mañana		Lic. en Trabajo Social Haydee Ramírez del Águila
			Mañana	Mañana	Tarde		Mañana		Mañana	Tec. Asist. Luis Enrique Montoya Espinoza
Mañana	Mañana	Mañana	Tarde		Mañana		Mañana	Tec. Asist. Luis Enrique Montoya Espinoza		



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° 065	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSM	2025-V.01

### ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Lic. Enf. Chamochumbi Cherre Karina Antonieta	Evaluador Líder
M.C. Chinen Yara Ana Erika	Evaluador
M.E. Amaya Fiestas María Domitila	Evaluador
Tec. Med. Correa Herrera José Martín	Evaluador
T.S Ramírez Del Águila Haydee	Evaluador
Est. I Tuesta Celis Roger	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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	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 SEBASTIÁN, 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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	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. ÁNGEL MANUEL MATEO YAURI**  
Jefe del Centro de Salud San Sebastián

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



### **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:**

- MC. Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan      Evaluador Líder
- Lic. Yalta Chuquimbalqui Creli                      Evaluador
- Lic. Salvador Lezama Leonor Luisa                  Evaluador
- Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa          Evaluador
- Obst. Cubas Rivera Julissa Margot                   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° 064	DIRIS -LC/ DMYS-OGC-CSSS	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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	2025-V.01

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

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud San Sebastián 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"

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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	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 Sebastián, 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 Sebastián, 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 Sebastián.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud San Sebastián, 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 Sebastián.



### IV. ALCANCE:

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

### 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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	2025-V.01

5.1.10 Resolución Directoral N°603-2023-DG-DIRIS-LC, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-DIRIS-LC/DA-OPyMGP-UFM-2023-V.03 "Pautas para la elaboración de Documentos Normativos y de Gestión de la DIRIS LC".

## 5.2 Base Legal Específica

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	2025-V.01

**Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud San Sebastián.**

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Yalta Chuquimbalqui Creli	Enfermera	Evaluador interno
3	Salvador Lezama Leonor Luisa	Enfermera	Evaluador interno
4	Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa	Obstetra	Evaluador interno
5	Cubas Rivera Julissa Margot	Obstetra	Evaluador interno

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

### 6.1.2 Etapa 2

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

### 6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud San Sebastián.

- 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





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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	2025-V.01

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.



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° 064	DIRIS -LC/ DMYS-OGC-CSSS	2025-V.01

- **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 San Sebastián.

### 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 de salud 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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	2025-V.01

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

### VIII. ANEXOS:

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

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos





PERÚ  
Ministerio de Salud

Dirección de Puestos Integrados de Salud  
Lima Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 064	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS -LC/ DM/SGS-OGC-CSSS	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

### ANEXO N°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
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









<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 064	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)		
			3° SEMANA									
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB				
MC. Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan	1.- Direcciónamiento	MC. Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan	X							Responsables de las áreas		
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan		X						Responsables de las áreas		
	3.-Gestión de la Calidad	Lic. Yalta Chuquimbalqui Crelil			X					Responsables de las áreas		
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan				X				Responsables de las áreas		
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Yalta Chuquimbalqui Crelil					X			Responsables de las áreas		
	6.-Control de Gestión y prestación	Lic. Yalta Chuquimbalqui Crelil							X	Responsables de las áreas		
Lic. Salvador Lezama Leonor Luisa	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)		
			4° SEMANA									
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB				
			X									Responsables de las áreas
				X								Responsables de las áreas
		X							Responsables de las áreas			
					X					Responsables de las áreas		
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa					X			Responsables de las áreas		





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Cajal Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 064	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS - LC/ DMYCS-OGC-CSSS	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa	14.-Admisión y Alta	Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa		x						Responsables de las áreas
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa			x					Responsables de las áreas
	16.-Gestión de medicamentos	Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa				x				Responsables de las áreas
	17.-Gestión de la Información	Obst. Cubas Rivera Julissa Margot					x			Responsables de las áreas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Obst. Cubas Rivera Julissa Margot	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Obst. Cubas Rivera Julissa Margot		x						Responsables de las áreas
	19.- Manejo de Riesgo Social	Obst. Cubas Rivera Julissa Margot			x					Responsables de las áreas
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Obst. Cubas Rivera Julissa Margot				x				Responsables de las áreas
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Salvador Lezama Leonor Luisa						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° 064	DIRIS -LC/ DMyGS-OGC-CSSS	2025-V.01

### ANEXO N°02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Apagueño Cieza Luis Carlos Jonathan	Evaluador Líder
Lic. Yalta Chuquimbalqui Creli	Evaluador
Lic. Salvador Lezama Leonor Luisa	Evaluador
Obst. Gutiérrez Verastegui Patricia Rosa	Evaluador
Obst. Cubas Rivera Julissa Margot	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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

#### “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD JARDIN ROSA DE SANTA MARIA, 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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	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. GADY WILLIAMS CASTAÑEDA CANO**  
Jefe del Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María

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



### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- MC. Gady Williams Castañeda Cano      Líder del Equipo
- Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas            Evaluador Interno
- Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle        Evaluador Interno
- CD. Carol Gutiérrez Zegarra            Evaluador Interno
- Tec. Enf. Luisa Esther Moreno Flores   Evaluador Interno



103

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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

## "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD JARDIN ROSA DE SANTA MARIA, 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 Jardín Rosa de Santa María, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

### II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María 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, garantizándose 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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	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 Jardín Rosa de Santa María, 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 Jardín Rosa de Santa María, 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 Jardín Rosa de Santa María
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María, 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 Jardín Rosa de Santa María.

### IV. ALCANCE:

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

### V. BASE LEGAL:

#### 5.1 Base Legal General

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

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



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:



El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María 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 I2, 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 Jardín Rosa de Santa María, deberán convocar a todo el personal del establecimiento de salud de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que hará ver las fortalezas y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

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



PERÚ

Ministerio de Salud



100

100

100

100

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

101

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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

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

N°	Apellidos y Nombres	Profesión	Cargo
1	Castañeda Cano Gady Williams	Médico Cirujano	Evaluador líder
2	Luyo Vivas Fiorella	Licenciada en Nutrición	Evaluador interno
3	Escalaya Valle Andrea	Licenciada en Enfermería	Evaluador interno
4	Gutiérrez Zegarra Carol	Cirujano Dentista	Evaluador interno
5	Moreno Flores Luisa Esther	Técnica de Enfermería	Evaluador interno

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

### 6.1.2 Etapa 2

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

### 6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María

- 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 como la preparación



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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	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 Puesto de Salud Jardín Rosa de Santa María

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

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Gerencia de Víctimas  
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"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 063	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSH	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

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	Lic. Enf. Andrea Escalaya																		
2.-Gestión de recursos humanos	MC. Gady Castañeda Cano																		
3.-Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Andrea Escalaya																		
4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Gady Castañeda Cano																		
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Andrea Escalaya																		
6.-Control de Gestión y prestación	CD. Carol Gutiérrez																		
7.- Atención Ambulatoria	MC. Gady Castañeda Cano																		
8.-Atención Extramural	Tec. Enf. Luisa Esther Moreno Flores																		
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																		
10.- Atención de Emergencia	MC. Gady Castañeda Cano																		
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																		
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																		
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	NO APLICA																		







PERU Ministerio de Salud

Dirección de Tecnología Integrada de Salud Una Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>NUMERACIÓN</b> N° 063 DIRIS-LC/DIMS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

### ANEXO N°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			
Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle	1.- Direccionamiento	Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle	x							MC. Gady Williams Castañeda Cano	
	2.- Gestión de recursos humanos	MC. Gady Castañeda Cano	x							Téc. Enf. Luisa Esther Moreno Flores	
	3.- Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle			x					Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas	
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	MC. Gady Castañeda Cano				x				Téc. Enf. Luisa Esther Moreno Flores	
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle					x			Tec Enf Margaret Reyes Herrera	
	6.- Control de Gestión y prestación	C.D. Carol Gutierrez Zagarra							x	Téc. Adm. Francisco Agama	
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			
MC. Gady Williams Castañeda Cano	7.- Atención Ambulatoria	MC. Gady Castañeda Cano	x								MC. Gady Williams Castañeda Cano
	8.- Atención Extramural	Tec. Enf. Luisa Esther Moreno Flores		x							Lic. Janine Fiorella Luyo Vivas
	10.- Atención de Emergencia	MC. Gady Castañeda Cano			x						Tec Enf Margaret Reyes Herrera



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"



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



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3° SEMANA								
			LUN 17	LUN 18	LUN 19	LUN 20	LUN 21	LUN 22			
C.D. Carol Gutiérrez Zegarra	14.-Admisión y Alta	C.D. Carol Gutiérrez Zegarra	x							Téc. Adm. Bruno Guerrero	
	15.-Referencia y Contrarreferencia	C.D. Carol Gutiérrez Zegarra			x					Téc. Adm. Francezco Agama	
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas				x				Téc. Farm. María Donayre Yarleque	
	17.-Gestión de la Información	Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas						x		Téc. Adm. Bruno Guerrero	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	NOVIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4° SEMANA								
			LUN 24	LUN 25	LUN 26	LUN 27	LUN 28	LUN 29			
Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle	x								Téc. Enf. Ana María Argumedo
	19.- Manejo de Riesgo Social	Tec. Enf. Luisa Esther Moreno Flores	x								Téc. Adm. Francezco Agama
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas		x							Téc. Enf. Jesús Margaret Reyes
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Enf. Luisa Esther Moreno Flores		x							Téc. Enf. Jesús Margaret Reyes



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° 063	DIRIS-LC/DMGS-OGC-PSJRSM	2025-V.01

### ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Gady Williams Castañeda Cano	Líder del Equipo
Lic. Nut. Fiorella Luyo Vivas	Evaluador Interno
Lic. Enf. Andrea Escalaya Valle	Evaluador Interno
CD. Carol Gutiérrez Zegarra	Evaluador Interno
Tec. Enf. Luisa Esther Moreno Flores	Evaluador Interno

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





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA VICTORIA, 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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	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

**PSIQ. DIEGO ALBERTO VILLANUEVA SILDARRIAGA**  
Jefe del Centro de Salud Mental Comunitario La Victoria

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



### **EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:**

- Psic. La Madrid Iglesias Francisco Arturo      Líder del equipo
- Lic. Gutiérrez Zeta Lourdes Del Pilar          Evaluador interno
- Lic. Villafuerte Cosme Juliana Nancy          Evaluador interno
- M.C. Saavedra Chuquisapon Tania Edith      Evaluador interno
- Lic. Quinto Quispirima Nancy Lourdes        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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

## ÍNDICE

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





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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

## "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA VICTORIA, 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 Mental Comunitario la Victoria, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Mental Comunitario la Victoria 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, garantizándose 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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

### III. OBJETIVOS:

#### 3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el del Centro de Salud Mental Comunitario la victoria, 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 Mental Comunitario la Victoria 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 Mental Comunitario la Victoria.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Mental Comunitario la Victoria 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 Mental Comunitario la Victoria.



### IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Mental Comunitario la Victoria.

### V. BASE LEGAL:

#### 5.1 Base Legal General

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial. N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba 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 Mental Comunitario la Victoria 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 Mental Comunitario la Victoria 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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

**Cuadro N°01:** Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Mental Comunitario la Victoria.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Francisco Arturo La Madrid Iglesias	Psicólogo	Evaluador líder
2	Lourdes Del Pilar Gutiérrez Zeta	Licenciada en trabajo Social	Evaluador interno
3	Juliana Nancy Villafuerte Cosme	Licenciada en Enfermería	Evaluador interno
4	Tania Edith Saavedra Chuquisapòn	Médico de Familia y Comunidad	Evaluador interno
5	Nancy Lourdes Quinto Quispirima	Licenciada en Enfermería	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica de Salud N° 050 – MINSAL/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 Mental Comunitario la Victoria.

- 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 MINSAL, 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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	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 Centro de Salud Mental Comunitario la Victoria.

### 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



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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

## Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





Ministerio de Salud  
Dirección de Nuevas  
Tecnologías de Salud  
Lima Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 062	<b>Siglas de la institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LCIDMGS-OGC-CSMCLV	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

### 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																			
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																			









<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 062	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGGS-OGC-CSMCLV	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

**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		
Psic.La Madrid Iglesias Francisco Arturo	1.- Direccionamiento	Psic.La Madrid Iglesias Francisco Arturo	Mañana							M.C. Diego Villanueva Saldarriaga
	2.-Gestión de recursos humanos	Lic. Guliérrez Zeta Lourdes Del Pilar		Tarde						Responsable de gestión de Recursos Humanos
	3.-Gestión de la Calidad	Lic. Villafuerte Cosme Juliana Nancy			Mañana					Psic.La Madrid Iglesias Francisco Arturo
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.C. Saavedra Chuquisapon Tania Edith				Tarde				Responsable de manejo de Riesgo de Atención
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic.Quinto Quispirima Nancy Lourdes					Mañana			Responsable de Gestión de Seguridad ante Desastres
	6.-Control de Gestión y prestación	M.C. Saavedra Chuquisapon Tania Edith						Mañana		Responsable de Control de Gestión y prestación
Responsable por Sub equipo	AGOSTO							2° SEMANA		Responsable(s) Evaluado(s)
	LUN 11	MAR 12	MIER 13	JUE 14	VIER 15	SAB 16				
Lic.Quinto Quispirima Nancy Lourdes	7.- Atención Ambulatoria	Psic.La Madrid Iglesias Francisco Arturo	Mañana							Responsable de Atención Ambulatoria
	8.-Atención Extramural	Lic.Quinto Quispirima Nancy Lourdes		Tarde						Responsable de Atención Extramural
	10.- Atención de Emergencia	Lic.Villafuerte Cosme Juliana Nancy				Mañana	Mañana			Responsable de Atención de Emergencia
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	M.C. Saavedra Chuquisapon Tania Edith						Mañana		Responsable de Apoyo Diagnóstico y tratamiento





Ministerio de Salud  
Dirección de Bases Investigativas de Salud  
Unidad Ejecutiva

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 062	<b>Siglas de la institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLY	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3ª SEMANA							
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23		
Lic. Villafuerte Cosme Juliana Nancy	14.- Admisión y Alta	Lic. Gutiérrez Zeta Lourdes Del Pilar	Tarde							Responsable de Admisión y Alta
	15.- Referencia y Contrarreferencia	Lic. Villafuerte Cosme Juliana Nancy		Mañana						Responsable de Referencia y Contrarreferencia
	16.- Gestión de medicamentos	Psic. La Madrid Iglesias Francisco Arturo			Mañana	Mañana				Responsable de Gestión de Medicamentos
	17.- Gestión de la Información	Lic. Villafuerte Cosme Juliana Nancy					Tarde	Tarde		Responsable de Gestión de la Información
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
Psic. La Madrid Iglesias Francisco Arturo	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Quinto Quispirma Nancy Lourdes	LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30		Responsable de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización.
	19.- Manejo de Riesgo Social	Psic. La Madrid Iglesias Francisco Arturo		Mañana						Responsable de Manejo de Riesgo Social
	21.- Gestión de Insumos y Materiales	Gutiérrez Zeta Lourdes Del Pilar			Mañana	Mañana				Responsable de Gestión de Insumos y Materiales
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Psic. La Madrid Iglesias Francisco Arturo						Tarde		Responsable de equipos de infraestructura



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° 062	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMCLV	2025-V.01

### ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
Psic. La Madrid Iglesias Francisco Arturo	Líder del equipo
Lic. Gutiérrez Zeta Lourdes Del Pilar	Evaluador interno
Lic. Villafuerte Cosme Juliana Nancy	Evaluador interno
M.C. Saavedra Chuquisapon Tania Edith	Evaluador interno
Lic. Quinto Quispirima Nancy Lourdes	Evaluador interno

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

