



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	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 FERNANDO, 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° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	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. YGOR DARWIN RAMOS CORDOVA
Jefe del Centro de Salud San Fernando

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



EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - MC. Verastegui Acuña Jose Francisco | Evaluador Líder |
| - MC. Ocmin Lopez Efi Isabel | Evaluador |
| - MC. Ramos Cordova Ygor Darwin | Evaluador |
| - Obst. Cabezas Quispe Edith Roxana | Evaluador |
| - Obst. Fashe Salas Ana María | Evaluador |
| - Lic. Soto Noria Kira | Evaluador |
| - Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth | Evaluador |
| - TAP. Baldera Sanchez Jose Romel | Evaluador |
| - TAP. Rovelo Herrera Raquel Domiciana | Evaluador |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendarlo de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	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° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01

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

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud San Fernando 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° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	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 Fernando, 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 Fernando, 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 Fernando.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud San Fernando, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento de salud.
- 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 Fernando.



IV. ALCANCE:

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

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° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01

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

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial. N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N°596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba 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 Fernando 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 Fernando, 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° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Verastegui Acuña Jose Francisco	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Ocmin Lopez Efi Isabel	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Ramos Cordova Ygor Darwin	Médico cirujano	Evaluador interno
4	Gabezas Quispe Edith Roxana	Obstetra	Evaluador interno
5	Fashe Salas Ana Maria	Obstetra	Evaluador interno
6	Soto Noria Kira	Psicóloga	Evaluador interno
7	Albinacorta Rivera Kelly Liseth	Enfermera	Evaluador interno
8	Baldera Sanchez Jose Romel	Tec. Administrativo	Evaluador interno
9	Rovelo Herrera Raquel Domiciana	Tec. Administrativo	Evaluador interno

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

- 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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01

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

6.3 Instrumentos a utilizar:

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

VII. RESPONSABILIDADES:

7.1 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud San Fernando.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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



VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ
Ministerio
de Salud

Vicerrectorado
de Prestaciones y
Asesoramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Centro

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01



Actividades	Responsables	III TRIM												IV TRIM																							
		I TRIM				II TRIM				JUL				AGO				SET				OCT				NOV				DIC							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
14.-Admisión y Alta	Lic. Solo Noria Kira																																				
15.-Referencia y Contrarreferencia	TAP. Roveló Herrera Raquel Domiciana																																				
16.-Gestión de medicamentos	TAP. Roveló Herrera Raquel Domiciana																																				
17.-Gestión de la Información	TAP. Baldera Sanchez Jose Romel																																				
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	TAP. Baldera Sanchez Jose Romel																																				
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth																																				
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																																				
21.- Gestión de insumos y materiales	Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth																																				
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth																																				
Procesamiento de datos en el aplicativo informático	Equipo Evaluador Interno																																				
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno																																				
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno																																				
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno																																				



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración N° 060	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores internos	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
MC. Verastegui Acuña Jose Francisco	1.- Direccionamiento	MC. Ocmin Lopez Efi Isabel	x							MC. Ygor Darwin Ramos Cordova
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Ocmin Lopez Efi Isabel		x						Tec. Raquel Domiciana Rovelo Herrera
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Ocmin Lopez Efi Isabel			x					MC. José Francisco Verastegui Acuña
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Obst. Fashe Salas Ana María				x				Lic. Sonia Llanos Huaman
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Obst. Fashe Salas Ana María					x			Lic. Kira Soto Noria
	6.-Control de Gestión y prestación	Obst. Fashe Salas Ana María							x	MC. José Francisco Verastegui Acuña
Responsable por Sub equipo	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)		
	2° SEMANA									
Obst. Fashe Salas Ana María	7.- Atención Ambulatoria	MC. Verastegui Acuña Jose Francisco	x							MC. Efi Isabel Ocmin Lopez
	8.-Atención Extramural	MC. Verastegui Acuña Jose Francisco		x						Lic. Sonia Llanos Huaman
	10.- Atención de Emergencia	MC. Verastegui Acuña Jose Francisco					x			MC. Luiggi Andres Soto Olivas
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Verastegui Acuña Jose Francisco						x		Lic. Consuelo Taña Diaz Parraga



PERÚ
Ministerio de Salud

Instrumentos de Práctica y Aseguramiento de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Una Centro

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01
Numeración	N° 060	



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores internos	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)				
			3° SEMANA											
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB						
Obst. Fashe Salas Ana María	14.-Admisión y Alta	Lic. Soto Noria Kira		x							Tec. Berlina Deolinda Palacios Acuña			
	15.-Referencia y Contrarreferencia	TAP. Rovelo Herrera Raquel Domiciana			x						Tec. Cristhian Kelvey Lavado Fierro			
	16.-Gestión de medicamentos	TAP. Rovelo Herrera Raquel Domiciana				x					QF. Marina Esther Espiritu Alcantara			
	17.-Gestión de la Información	TAP. Baldera Sanchez Jose Romel						x			Tec. Zaid Iberico Vicente Herrera			
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores internos	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)				
			4° SEMANA											
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB						
				x										Biol. Yelena Catalina Chacaltana Altez
					x									Lic. Laura Elena Alvarado Reyes
TAP. Baldera Sanchez Jose Romel	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth				x					Tec. Carmen Luisa Sarmiento Huerta			
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth							x		Tec. José Romel Baldera Sánchez			



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 060	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSF	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Verastegui Acuña Jose Francisco	Evaluador Líder
MC. Ocmin Lopez Efi Isabel	Evaluador
MC. Ramos Cordova Ygor Darwin	Evaluador
Obst. Cabezas Quispe Edith Roxana	Evaluador
Obst. Fashe Salas Ana María	Evaluador
Lic. Soto Noria Kira	Evaluador
Lic. Albinacorta Rivera Kelly Liseth	Evaluador
TAP. Baldera Sanchez Jose Romel	Evaluador
TAP. Rovelo Herrera Raquel Domiciana	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° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

**MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA
 CENTRO DE SALUD**

DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MAX
 ARIAS SCHREIBER, 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-DIRI S-LC	17 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° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	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. PEDIATRA ELIZABETH CERPA LAZO
Jefe del Centro de Salud Max Arias Schreiber



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - MC. Saavedra Muñoz Marcos Julio | Evaluador Líder |
| - MC. Silva Ruiz Medalid | Evaluador |
| - Lic. Paulino Chucle Inocencia Antonia | Evaluador |
| - Obst. Francia Arias Isabel Consuelo | Evaluador |
| - Ps. Rojas Cadenillas De Guevara Lidia Esther | Evaluador |



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	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° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER, 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 Max Arias Schreiber, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Max Arias Schreiber 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.



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"

118

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	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 Max Arias Schreiber, 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 Max Arias Schreiber, 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 Max Arias Schreiber.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Max Arias Schreiber I-3, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento de salud.
- 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 Max Arias Schreiber.

IV. ALCANCE:

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

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° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

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

5.2 Base Legal Específica

- 5.2.1 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.2.2 Resolución Ministerial. N° 456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.2.3 Resolución Ministerial. N° 596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.2.4 Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.2.5 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba 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 Max Arias Schreiber 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 Max Arias Schreiber, 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° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Max Arias Schreiber

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Saavedra Muñoz Marcos Julio	Médico Cirujano	Evaluador Íder
2	Silva Ruiz Medalid	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	Paulino Chucle Inocencia Antonia	Enfermera	Evaluador interno
4	Francia Arias Isabel Consuelo	Obstetra	Evaluador interno
5	Rojas Cadenillas De Guevara Lidia Esther	Psicóloga	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 Max Arias Schreiber.

- 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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

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

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



6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

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 Max Arias Schreiber.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud

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

7.4 Equipo Evaluador Interno

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

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos



PERÚ
Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Centro

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS-LCIDMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01
Numeración	N° 061	

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2ª SEMANA							
			LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB		
MC Marcos Saavedra Muñoz	1.- Direccionamiento	MC. Marcos Saavedra Muñoz	Mañana							MC. Elizabeth Cerpa Lazo
	2.- Gestión de recursos humanos	MC. Marcos Saavedra Muñoz		Tarde						Tec. Rocio Cuba
	3.- Gestión de la Calidad	MC. Medalid Silva Ruiz					Mañana			MC. Marcos Saavedra
	4.- Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Enf. Antonia Paulino Chuclé						Mañana		Psic. Lidia Rojas Cadenillas
	5.- Gestión de Seguridad ante Desastres	Psic. Lidia Rojas Cadenillas					Mañana			CD. Enzo Muñoz
	6.- Control de Gestión y prestación	Lic. Enf. Antonia Paulino Chuclé			Tarde					MC. Marcos Saavedra
Responsable por Sub equipo	SEPTIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)		
	3ª SEMANA									
	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB				
MC Medalid Silva Ruiz	7.- Atención Ambulatoria	MC. Medalid Silva Ruiz	Mañana							Lic. Enf. Antonia Paulino Chuclé
	8.- Atención Extramural	Psic. Lidia Rojas Cadenillas		Tarde						Lic. Enf. Antonia Paulino Chuclé
	9.- Atención de Hospitalización	No Aplica								
	10.- Atención de Emergencia	MC. Marcos Saavedra Muñoz			Mañana					MC. Anthony Lovers Pelaez
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Marcos Saavedra Muñoz		Mañana						Tec. Medico Lab Alex Pizarro Estrella





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS-LCIDMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01
Numeración	N° 061	



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Lic Enf Inocencia Paulino Chucle	14.-Admisión y Alta	MC. Marcos Saavedra Muñoz	Tarde							Sr. Avel Goñe Valdivia
	15.-Referencia y Contrarreferencia	MC. Medalid Silva Ruiz		Mañana						MC. Marcos Saavedra Muñoz
	16.-Gestión de medicamentos	MC. Medalid Silva Ruiz			Mañana					QF. Elizabeth Alanya Alikhan
	17.-Gestión de la Información	MC. Marcos Saavedra Muñoz					Mañana			Sra. Critina Valdiviezo Mejia
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Lic. Psic Lidia Esther Rojas Cadenillas	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Antonia Paulino Chucle	Mañana							Sr. Jack Nick Mendoza Zegarra
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Psic. Lidia Rojas Cadenillas		Mañana						Lic. Trabajo Social Ana Cupe Berrocal
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	MC. Medalid Silva Ruiz			Mañana					Sr. Jack Nick Mendoza Zegarra
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	MC. Marcos Saavedra Muñoz					Mañana			Sr. Jack Nick Mendoza Zegarra



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 061	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSMAS	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Saavedra Muñoz Marcos Julio	Evaluador Líder
MC. Silva Ruiz Medalid	Evaluador
Lic. Paulino Chucle Inocencia Antonia	Evaluador
Obst. Francia Arias Isabel Consuelo	Evaluador
Psic. Rojas Cadenillas De Guevara Lidia Esther	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° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

**"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SU
SANTIDAD JUAN PABLO II, PARA EL AÑO 2025"**

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

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	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. GERARDO MARTIN ELIZALDE GOMEZ
Jefe del Centro de Salud Juan Pablo II



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- | | |
|--|-----------------|
| - M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin | Evaluador Líder |
| - C.D Alvarez Huari Erika Veronica | Evaluador |
| - Obst. Rios Rios Alexander Nilton | Evaluador |
| - Obst. Angelica María Rodríguez Juárez De Cieza | Evaluador |
| - Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther | Evaluador |
| - TAP. Cubas Diaz Enrique | Evaluador |
| - TAP. Mendo Castillo María Adela | 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° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SU SANTIDAD JUAN PABLO II, PARA EL AÑO 2025"

I. INTRODUCCIÓN:

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

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



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



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

II. JUSTIFICACIÓN

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	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 Su Santidad Juan Pablo II, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I-3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

3.2 Objetivos Específicos

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

IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de Salud Su Santidad Juan Pablo II.

V. BASE LEGAL:

5.1 Base Legal General

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

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

5.2 Base Legal Específica

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



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:



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

6.1 Etapas de la Autoevaluación:

6.1.1 Etapa 1

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

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Su Santidad Juan Pablo II.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Elizalde Gómez Gerardo Martin	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Alvarez Huari Erika Veronica	Cirujano Dentista	Evaluador interno
3	Rios Rios Alexander Nilton	Obstetra	Evaluador interno
4	Angelica María Rodríguez Juárez De Cieza	Obstetra	Evaluador interno
5	Espinoza Chacaltana Heraldina Esther	Licenciada	Evaluador interno
6	Cubas Diaz Enrique	Técnico Administrativo	Evaluador interno
7	Mendo Castillo María Adela	Técnico Administrativo	Evaluador interno

El equipo de evaluador interno debe ser capacitado en todo lo concerniente al proceso de Autoevaluación, debiendo haber leído la Norma Técnica de Salud N°050 – 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 Su Santidad Juan Pablo II.

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V,01

relacionarlos con los objetivos y alcance de cada macroproceso, teniendo en cuenta los atributos de calidad, las referencias normativas (Normas legales emitidas por MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

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



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° 059	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	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 Juan Pablo II.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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

7.4 Equipo Evaluador Interno:

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos





PERÚ Ministerio de Salud

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 N° 059	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSSS/JPII	Año Calendario de aprobación 2025-V.01
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN			



MACROPROCESOS	Responsables	II TRIM			III TRIM												IV TRIM																										
		I TRIM			JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC																							
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
1.- Direccionamiento	C.D Alvarez Huari Erika Veronica							X																																			
2.-Gestión de recursos humanos	M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin							X																																			
3.-Gestión de la Calidad	M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin							X																																			
4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin							X																																			
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D Alvarez Huari Erika Veronica							X																																			
6.-Control de Gestión y prestación	C.D Alvarez Huari Erika Veronica							X																																			
7.- Atención Ambulatoria	Obst. Rios Rios Alexander Nilton													X																													
8.-Atención Extramural	Obst. Rios Rios Alexander Nilton													X																													
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																																										
10.- Atención de Emergencia	Obst. Rios Rios Alexander Nilton													X																													
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																																										
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																																										
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Obst. Angelica Maria Rodriguez Juárez De Cieza													X																													



PERÚ
Ministerio de Salud

Vinculación de Instituciones y Seguro de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud
Uma Centro

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



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



Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM				IV TRIM								
								JUL		AGO		SEPT		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	Obst. Angelica Maria Rodriguez Juárez De Cieza									X										
15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther									X										
16.-Gestión de medicamentos	Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther									X										
17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther									X										
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Cubas Diaz Enrique											X								
19.- Manejo de Riesgo Social	Tec. Cubas Diaz Enrique											X								
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																			
21.- Gestión de insumos y materiales	Tec. Mendo Castillo María Adela											X								
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Mendo Castillo María Adela											X								
Procesamiento de datos en el aplicativo informático	Equipo Evaluador Interno													X						
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno													X						
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno													X						
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno													X						



PERÚ
Ministerio
de Salud

Vicerrectorado
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Una Centro

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSSSJPI	2025-V.01
Numeración	N° 059	

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	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin	1.- Direccionamiento	C.D Alvarez Huari Erika Veronica	X							Responsables de las áreas	
	2.-Gestión de recursos humanos	M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin		X						Responsables de las áreas	
	3.-Gestión de la Calidad	M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin			X					Responsables de las áreas	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin				X				Responsables de las áreas	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D Alvarez Huari Erika Veronica					X			Responsables de las áreas	
	6.-Control de Gestión y prestación	C.D Alvarez Huari Erika Veronica							X	Responsables de las áreas	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos		AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
	Equipo de Evaluadores interno		2° SEMANA								
				LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
	Obst. Rios Rios Alexander Nilton	7.- Atención Ambulatoria	Obst. Rios Rios Alexander Nilton	X							Responsables de las áreas
		8.-Atención Extramural	Obst. Rios Rios Alexander Nilton		X						Responsables de las áreas
		10.- Atención de Emergencia	Obst. Rios Rios Alexander Nilton			X					Responsables de las áreas
		13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Obst. Angelica Maria Rodríguez Juárez De Cieza					X			Responsables de las áreas



PERÚ Ministerio de Salud

Vinculando de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integrales de Salud Una Centro

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01
Numeración	N° 059	



Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Obst. Angelica María Rodríguez Juárez De Cieza	14.-Admisión y Alta	Obst. Angelica María Rodríguez Juárez De Cieza		X						Responsables de las áreas
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther			X					Responsables de las áreas
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther				X				Responsables de las áreas
	17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther					X			Responsables de las áreas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB		
Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Cubas Diaz Enrique		X						Responsables de las áreas
	19.- Manejo de Riesgo Social	Tec. Cubas Diaz Enrique			X					Responsables de las áreas
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Tec. Mendo Castillo María Adela				X				Responsables de las áreas
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Mendo Castillo María Adela					X			Responsables de las áreas



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección de Roles
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° 059	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSSJPII	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
M.C. Elizalde Gomez Gerardo Martin	Evaluador Líder
C.D Alvarez Huari Erika Veronica	Evaluador
Obst. Rios Rios Alexander Nilton	Evaluador
Obst. Angelica María Rodríguez Juárez De Cieza	Evaluador
Lic. Enf. Espinoza Chacaltana Heraldina Esther	Evaluador
TAP. Cubas Diaz Enrique	Evaluador
TAP. Mendo Castillo María Adela	Evaluador

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





PERÚ

Ministerio de Salud

Ministerio de Prestaciones y Seguro en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

DOCUMENTO TÉCNICO:

“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN COSME, 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° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	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. LUIS REYNALDO EXEBIO MOYA
Jefe del Centro de Salud de San Cosme



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

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- MC. Eduardo Rumaldo Gómez Líder del equipo
- MC. Luis Reynaldo Exebio Moya Evaluador interno
- Lic. Enf. Miluska Polo Salazar Evaluador interno
- Psi. Elva Nacarino Arroyo Evaluador interno
- Nut. Leonore Navarro Suarez Evaluador interno
- Obst. Indira Costa Moran 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° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	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° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN COSME, 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 C.S. San Cosme, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud de San Cosme 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° 058	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSC	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 Cosme, 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 Cosme, 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 Cosme.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud San Cosme, 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 Cosme.

IV. ALCANCE:

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

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° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

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

5.2 Base Legal Específica

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



VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

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

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





PERÚ

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Eduardo Rumaldo Gómez	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Luis Reynaldo Exebio Moya	Médico cirujano	Evaluador líder
3	Miluska Polo Salazar	Enfermera	Evaluador interno
4	Elva Nacarino Arroyo	Psicóloga	Evaluador interno
5	Leonore Navarro Suarez	Nutricionista	Evaluador interno
6	Indira Costa Moran	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 – 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 Cosme.



- El equipo evaluador realizará la REUNIÓN DE APERTURA 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





PERU

Ministerio de Salud



Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 058	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

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

- El evaluador interno responsable de cada macroproceso recaba las fuentes auditables recopilándolos y ordenándolos, para su posterior revisión por todo el equipo evaluador interno, toda vez que se calificará cada criterio del estándar por consenso (la escala de calificación considerada en el Listado de Estándares, es de 0, 1 y 2).
- En la revisión de la documentación del cumplimiento del estándar de cada macroproceso, el equipo evaluador consigna los hallazgos en la Hoja de Registro de Datos, donde los puntajes obtenidos y plasmados en la hoja deberán ser ingresados al aplicativo "Acreditación", sirviendo de insumo para el Informe Técnico de Evaluación según corresponda.
- El equipo evaluador debe visitar las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad acompañado del responsable evaluado del servicio o área del establecimiento de salud, quien explica cómo se prestan los servicios en cada área, describiendo una atención en un día regular el recorrido les proporciona la oportunidad a los evaluadores de observar el ambiente físico, y de verificar los aspectos de calidad de atención, patrones del flujo de trabajo y los componentes de seguridad y salud, observar la interacción del personal con los usuarios.
- Con el resultado dado por el aplicativo "Acreditación" se elaborará el Informe técnico.
- El equipo evaluador interno realizará la REUNIÓN DE CIERRE 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.
- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.



Tipo 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 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

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 Cosme.

7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud:

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



7.4 Equipo Evaluador Interno:

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



VIII. ANEXOS:

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

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos.

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Signlas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 058	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
MC. Eduardo Rumlado Gómez	1.- Direccionamiento	MC. Eduardo Rumlado Gómez		Mañana				Mañana			MC Luis Exebio Moya
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Eduardo Rumlado Gómez			Mañana	Mañana					Tec. Asis. Danisse Villasante Llaque
	3.-Gestión de la Calidad	Lic. Miluska Polo Salazar		Mañana		Mañana					MC. Eduardo Rumlado Gómez
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Miluska Polo Salazar			Mañana					Mañana	MC. Jorge Casanova Rubio
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Indira Acosta Moran				Mañana	Mañana				MC. Ashrf Shakh Fahad
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Eduardo Rumlado Gómez		Mañana						Mañana	MC. Luis Exebio Moya
Responsable por Sub equipo	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)			
	2° SEMANA										
Lic. Enf. Miluska Polo Salazar	7.- Atención Ambulatoria	Lic. Miluska Polo Salazar	Mañana			Mañana					MC. Perpetua Mendoza Fernández
	8.-Atención Extramural	Lic. Leonore Navarro Suarez		Mañana				Mañana			Lic. Jesús Pozo Rivera
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Miluska Polo Salazar			Mañana					Mañana	Lic. Enf. Sara Huapaya Guzmán
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Eduardo Rumlado Gómez	Mañana			Mañana					Tec.Lab. Celia Montalvo Bañes



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestación y Seguro en Salud

Dirección de Redes Integrales 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° 058	DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			3° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
Lic. Psi. Elva Nacarino Arroyo	14.-Admisión y Alta	Lic. Elva Nacarino Arroyo	Mañana			Mañana					Tec. Asist. Doris Castañeda Carahuanco
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Elva Nacarino Arroyo		Mañana			Mañana				Tec. Asist. Doris Castañeda Carahuanco
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Leonore Navarro Suarez			Mañana						Q.F. Lidia Quinto Trujillo
	17.-Gestión de la Información	Lic. Indira Acosta Moran	Mañana			Mañana					Tec. Adm. Maikol Gabriel Maldonado
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4° SEMANA								
			LUN	MAR	MIER	JUE	VIER	SAB			
Lic. Nut. Leonore Navarro Suarez	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Elva Nacarino Arroyo	Mañana			Mañana					Tec. Asist. Merbing Reategui Chukisuta
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Leonore Navarro Suarez		Mañana				Mañana			Responsables de las áreas
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Leonore Navarro Suarez			Mañana						Tec. Asist. Edgar Salvatierra Gabriel
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Indira Acosta Moran				Mañana					Tec. Asist. Edgar Salvatierra Gabriel



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 058	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSC	2025-V.01

ANEXO N° 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS

INTEGRANTES	CARGO
MC. Eduardo Rumaldo Gómez	Líder del equipo
MC. Luis Reynaldo Exebio Moya	Evaluador interno
Lic. Miluska Polo Salazar	Evaluador interno
Lic. Elva Nacarino Arroyo	Evaluador interno
Lic. Leonore Navarro Suarez	Evaluador interno
Lic. Indira Costa Moran	Evaluador interno

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

