



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

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

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

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS -LC	8 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	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. EDWIN RAMIRO VELARDE CARBAJAL**  
Jefe del Centro de Salud Lince



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

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

- |  |                 |
|--|-----------------|
| - Nut. Maldonado Mendivil Silvia               | Evaluador Líder |
| - MC. Ccoyllo Sánchez Simón Calixto            | Evaluador       |
| - MC. Inga Castillo Gladys Ingrid              | Evaluador       |
| - MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad        | Evaluador       |
| - Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Giannina Edith | Evaluador       |
| - CD. Zevallos Mauricio Zulema Milva           | 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° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN:</b> .....	4
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>III. OBJETIVOS:</b> .....	5
<b>IV. ALCANCE:</b> .....	5
<b>V. BASE LEGAL:</b> .....	5
<b>VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:</b> .....	6
6.1 Etapas de la Autoevaluación:.....	6
6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:.....	8
6.3 Instrumentos a utilizar:.....	9
<b>VII. RESPONSABILIDADES:</b> .....	9
<b>VIII. ANEXOS:</b> .....	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° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

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

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Lince 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° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	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 Lince, 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 Lince, 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 Lince.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud Lince, 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 Lince.



### IV. ALCANCE:

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

### 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°0895, 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° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

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



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud Lince 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 del Establecimiento de Salud en coordinación con la responsable de Calidad del Centro de Salud Lince, deberán convocar a todo el personal del Establecimiento de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que nos hará ver nuestras 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° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

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

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	Maldonado Mendivil Silvia	Nutricionista	Evaluador líder
2	Ccoyllo Sánchez Simón Calixto	Médico Cirujano	Evaluador
3	Inga Castillo Gladys Ingrid	Medico Cirujano	Evaluador
4	Manrique Arroyo Milagros Trinidad	Médico Cirujano	Evaluador
5	Ventosilla Yupanqui Giannina Edith	Enfermera	Evaluador
6	Zevallos Mauricio Zulema Milva	Cirujano Dentista	Evaluador

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

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

MINSA, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

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



## 6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
- **Observación:** Permite seguir la manera cómo el personal se desenvuelve en la práctica. Se observa a las personas y al entorno.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

- **Entrevista:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Muestreo:** Permite definir una población susceptible de estudio.
- **Encuesta:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
- **Auditoría:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

### 6.3 Instrumentos a utilizar:

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

## VII. RESPONSABILIDADES:

### 7.1 Dirección General

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

### 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.



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

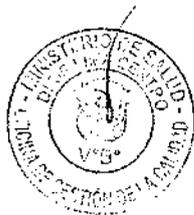
#### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

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

#### VIII. ANEXOS:

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

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos





<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 072	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

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

Actividades	Responsables	I TRIM	II TRIM	III TRIM			IV TRIM										
				JUL			AGO		SET		OCT		NOV		DIC		
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC	X															
Conformación del Equipo de Evaluadores internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS I Nivel	X															
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC		X														
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS I nivel		X														
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y este a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS I nivel		X														
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS		X														
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno		X														







PERÚ  
Ministerio de Salud

Dirección de Resúmenes Integrados de Salud  
Unidad Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>N° 072</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM				IV TRIM											
								JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC					
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
14.-Admisión y Alta	MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad							x															
15.-Referencia y Contrareferencia	MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad							x															
16.-Gestión de medicamentos	MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad							x															
17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Glennina Edith							x															
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Glennina Edith								x														
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Glennina Edith								x														
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																						
21.- Gestión de insumos y materiales	CD. Zevallos Mauricio Zulema Milva									x													
22.- Gestión de equipos e infraestructura	CD. Zevallos Mauricio Zulema Milva									x													
Procesamiento de datos en el aplicativo Informático	Equipo Evaluador Interno										x												
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno										x												
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno										x												
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno										x												





PERÚ Ministerio de Salud

Ministerio de Salud  
Dirección de Regiones y Centros  
Autogobierno en Salud

Dirección de Regiones y Centros de Salud  
Lima Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	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				
Nut. Maldonado Mendivil Silvia	1.- Direccionamiento	CD. Zevallos Mauricio Zulema Milva		x						Responsables de las áreas/ servicios		
	2.-Gestión de recursos humanos	Nut. Maldonado Mendivil Silvia		x						Responsables de las áreas/ servicios		
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Ccoyllo Sánchez Simón Calixto			x					Responsables de las áreas/ servicios		
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Nut. Maldonado Mendivil Silvia								Responsables de las áreas/ servicios		
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Nut. Maldonado Mendivil Silvia				x			x	Responsables de las áreas/ servicios		
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Ccoyllo Sánchez Simón Calixto								x	Responsables de las áreas/ servicios	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)		
MC. Inga Castillo Gladys Ingrid	7.- Atención Ambulatoria	MC. Ccoyllo Sánchez Simón Calixto									Responsables de las áreas/ servicios	
	8.-Atención Extramural	MC. Inga Castillo Gladys Ingrid					x				Responsables de las áreas/ servicios	
	10.- Atención de Emergencia	MC. Inga Castillo Gladys Ingrid							x		Responsables de las áreas/ servicios	
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	MC. Inga Castillo Gladys Ingrid									x	Responsables de las áreas/ servicios





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"



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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)				
			3ª SEMANA											
			LUN 14	MAR 15	MIER 16	JUE 17	VIER 18	SAB 19						
MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad	14.-Admisión y Alta	MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad		X						Responsables de las áreas/ servicios				
	15.-Referencia y Contrarreferencia	MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad			X					Responsables de las áreas/ servicios				
	16.-Gestión de medicamentos	MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad				X				Responsables de las áreas/ servicios				
	17.-Gestión de la Información	Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Giannina Edith					X			Responsables de las áreas/ servicios				
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)				
			4ª SEMANA											
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26						
			CD. Zavallos Mauricio Zulema Milva	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Giannina Edith	X								Responsables de las áreas/ servicios
				19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Giannina Edith		X							Responsables de las áreas/ servicios
21.-Gestión de Insumos y Materiales	CD. Zavallos Mauricio Zulema Milva				X					Responsables de las áreas/ servicios				
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	CD. Zavallos Mauricio Zulema Milva					X				Responsables de las áreas/ servicios				





PERÚ

Ministerio de Salud

Vice-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° 072	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSL	2025-V.01

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

INTEGRANTES	CARGO
Nut. Maldonado Mendivil Silvia	Evaluador Líder
MC. Ccoyllo Sánchez Simón Calixto	Evaluador
MC. Inga Castillo Gladys Ingrid	Evaluador
MC. Manrique Arroyo Milagros Trinidad	Evaluador
Lic. Enf. Ventosilla Yupanqui Giannina Edith	Evaluador
CD. Zevallos Mauricio Zulema Milva	Evaluador

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





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD JOSE CARLOS MARIATEGUI, PARA EL AÑO 2025”**



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

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS-LC	8 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	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. DIANE YOVANA TITO MONZÓN**  
Jefe del Centro De Salud José Carlos Mariátegui

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



### EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| - QF. Cariga Rojas Jennyffer Junet        | Evaluador Líder |
| - MC. Tito Monzon Diane Yovana            | Evaluador       |
| - T.M León García Jessica                 | Evaluador       |
| - Obst. Melgarejo Javier Deysi Erika      | Evaluador       |
| - Obst. Sánchez Bazán Luis Alberto        | Evaluador       |
| - Tec. Adm. Vásquez Aguilar Lucy Marilu   | Evaluador       |
| - Psi. Jiménez Huanca Leonor              | Evaluador       |
| - Tec. Lab. Vega Campomanes Verónica Dora | Evaluador       |



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud  
Unidad Castro

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

39

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

## ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

## "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD JOSE CARLOS MARIATEGUI, PARA EL AÑO 2025"

### I. INTRODUCCIÓN:

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

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



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

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



### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud José Carlos Mariátegui 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° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	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 José Carlos Mariátegui, 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 José Carlos Mariátegui, 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 José Carlos Mariátegui.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de Salud José Carlos Mariátegui, 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 José Carlos Mariátegui.



### IV. ALCANCE:

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

### V. BASE LEGAL:

#### 5.1 Base Legal General

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

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



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud José Carlos Mariátegui 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 del Establecimiento de Salud en coordinación con la responsable de Calidad del Centro de Salud José Carlos Mariátegui, deberán convocar a todo el personal del Establecimiento de forma virtual y/o presencial para exponer la necesidad de realizar el PROCESO de AUTOEVALUACIÓN como un instrumento que nos hará ver nuestras 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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>N° 071</b>	<b>DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM</b>	<b>2025-V.01</b>

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

**Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud José Carlos Mariátegui.**

<b>N°</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Cargo</b>
1	Cariga Rojas Jennyffer Junet	Químico Farmacéutico	Evaluador líder
2	León García Jessica	Tecnólogo Médico	Evaluador
3	Melgarejo Javier Deysi Erika	Obstetra	Evaluador
4	Sánchez Bazán Luis Alberto	Obstetra	Evaluador
5	Tito Monzon Diane Yovana	Médico cirujano	Evaluador
6	Vásquez Aguilar Lucy Marilu	Tec. Administrativo	Evaluador
7	Jiménez Huanca Leonor	Psicóloga	Evaluador
8	Vega Campomanes Verónica Dora	Tec. Laboratorio I	Evaluador



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

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

## 6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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

## 6.3 Instrumentos a utilizar:

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

## VII. RESPONSABILIDADES:

### 7.1 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Evaluador.

### 7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

### 7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

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

#### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

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



#### VIII. ANEXOS:

Anexo N°1: Cronograma de actividades para la autoevaluación A y B

Anexo N°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"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 071	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

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

Actividades	Responsables	I TRIM	II TRIM	III TRIM												IV TRIM											
				JUL				AGO				SET				OCT				NOV				DIC			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador Interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC		x																								
Conformación del Equipo de Evaluadores internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS / Nivel		x																								
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC		x																								
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS / nivel		x																								
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y este a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS / nivel		x																								
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS		x																								
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno		x																								







PERÚ  
Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud  
Unidad Ejecutiva de Salud

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



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

Actividades	Responsables	II TRIM			III TRIM												IV TRIM															
		I TRIM			JUL				AGO				SET				OCT				NOV				DIC							
		1	2	3	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	Obst. Melgarejo Javier Deyssi Erika																															
15.-Referencia y Contrarreferencia	Obst. Sánchez Bazán Luis Alberto																															
16.-Gestión de medicamentos	Obst. Sánchez Bazán Luis Alberto																															
17.-Gestión de la Información	Tec. Adm. Vásquez Aguilar Lucy Marilu																															
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Lab. Vega Campomanes Verónica Dora																															
19.- Manejo de Riesgo Social	Psi. Jiménez Huanca Leonor																															
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																															
21.- Gestión de insumos y materiales	Tec. Lab. Vega Campomanes Verónica Dora																															
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Tec. Adm. Vásquez Aguilar Lucy Marilu																															
Procesamiento de datos en el aplicativo informático	Equipo Evaluador Interno																															
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno																															
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno																															
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno																															





PERÚ Ministerio de Salud

Versión: 01 de 01/2015  
Sistema de Información 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"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 071	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN 07	MAR 08	MIER 09	JUE 10	VIER 11	SAB 12		
Psi. Jiménez Huanca Leonor	1.- Direccionamiento	QF. Cariga Rojas Jennyffer Junet			x					Responsables de las áreas/servicios
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Tito Monzon Diane Yovana			x					Responsables de las áreas/servicios
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Tito Monzon Diane Yovana			x					Responsables de las áreas/servicios
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Psi. Jiménez Huanca Leonor						x		Responsables de las áreas/servicios
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	QF. Cariga Rojas Jennyffer Junet						x		Responsables de las áreas/servicios
	6.-Control de Gestión y prestación	QF. Cariga Rojas Jennyffer Junet						x		Responsables de las áreas/servicios
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN 14	MAR 15	MIER 16	JUE 17	VIER 18	SAB 19		
T.M León García Jessica	7.- Atención Ambulatoria	T.M León García Jessica	x							Responsables de las áreas/servicios
	8.-Atención Extramural	MC. Tito Monzon Diane Yovana		x						Responsables de las áreas/servicios
	10.- Atención de Emergencia	T.M León García Jessica				x				Responsables de las áreas/servicios
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Obst. Melgarejo Javier Deysi Erika						x		Responsables de las áreas/servicios





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Dirección de Rieles  
Integrados de Salud  
Una Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 071	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)				
			3ª SEMANA											
			LUN 21	MAR 22	MIER 23	JUE 24	VIER 25	SAB 26						
Obst. Melgarejo Javier Deysi Erika	14.-Admisión y Alta	Obst. Melgarejo Javier Deysi Erika		X						Responsables de las áreas/ servicios				
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Obst. Sánchez Bazán Luis Alberto		X						Responsables de las áreas/ servicios				
	16.-Gestión de medicamentos	Obst. Sánchez Bazán Luis Alberto				X				Responsables de las áreas/ servicios				
	17.-Gestión de la Información	Tec. Adm. Vásquez Aguilar Lucy Marilu				X				Responsables de las áreas/ servicios				
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	JULIO							Responsable(s) Evaluado(s)				
			4ª SEMANA											
			LUN 28	MAR 29	MIER 30	JUE 31	VIER	SAB						
			Psi. Jiménez Huanca Leonor	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Tec. Lab. Vega Campomanes Verónica Dora		X							Responsables de las áreas/ servicios
				19.- Manejo de Riesgo Social	Psi. Jiménez Huanca Leonor		X							Responsables de las áreas/ servicios
			Psi. Jiménez Huanca Leonor	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Tec. Lab. Vega Campomanes Verónica Dora				X					Responsables de las áreas/ servicios
22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Adm. Vásquez Aguilar Lucy Marilu					X				Responsables de las áreas/ servicios				



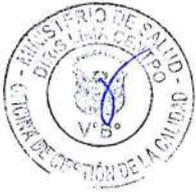


<b>Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico</b>	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 071	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSJCM	2025-V.01

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

INTEGRANTES	CARGO
QF. Cariga Rojas Jennyffer Junet	Evaluador Líder
MC. Tito Monzon Diane Yovana	Evaluador
T.M León García Jessica	Evaluador
Obst. Melgarejo Javier Deysi Erika	Evaluador
Obst. Sánchez Bazán Luis Alberto	Evaluador
Tec. Adm. Vásquez Aguilar Lucy Marilu	Evaluador
Psi. Jiménez Huanca Leonor	Evaluador
Tec. Lab. Vega Campomanes Verónica Dora	Evaluador

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





PERÚ

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL  
CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA, PARA EL AÑO 2025”**

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

Elaborado por la Oficina de Gestión de Calidad	Revisado por la Oficina de Planeamiento y Modernización de la Gestión Pública	Aprobado por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria	Acto Resolutivo que lo Aprueba	Fecha de Aprobación
			Resolución Administrativa N°511 – 2025-DMGS-DIRIS- LC	8 JUN. 2025



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendarlo de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	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. MARITZA CAPCHA ROJAS**  
Jefe del Centro de Salud Conde de la Vega Baja

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



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

- MC. Paul Antonio Curo Morales                      Líder del equipo
- MC. Flor de María Villaverde Contreras            Evaluador interno
- MC. Capcha Rojas Maritza                            Evaluador interno
- MC. Manrique Torres Yessenia Margot            Evaluador interno
- Lic. Enf. Cleber Aleccender Asca Aguirre        Evaluador interno



47

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCVB	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° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	2025-V.01

## “PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA, 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 Conde de la Vega Baja, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de salud Conde de la Vega Baja 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° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	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 Conde de la Vega Baja, 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 Conde de la Vega Baja, 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 Conde de la Vega Baja.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Centro de salud Conde de la Vega Baja, 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 Conde de la Vega Baja.



**IV. ALCANCE:**

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos del Centro de salud Conde de la Vega Baja.



**V. BASE LEGAL:**

**5.1 Base Legal General**

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCVB	2025-V.01

5.1.9 Resolución Directoral N°279-2022-DG-DIRIS-LC, que aprueba el Manual de Funciones de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y modificatorias.

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

## 5.2 Base Legal Específica

5.2.1 Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

5.2.2 Resolución Ministerial. N°456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

5.2.3 Resolución Ministerial. N°596-2007/MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.

5.2.4 Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

5.2.5 Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA que aprueba la Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".

5.2.6 Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación conformado a nivel de RIS y Equipo Evaluadores Internos de las IPRESS del primer nivel de atención adscritas a la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el periodo 2025.

5.2.7 Resolución Administrativa N°225-2025-DMGS-DIRIS-LC, que aprueba el Plan de Trabajo de la Oficina de Gestión de Calidad para el año 2025 de la DIRIS Lima Centro.



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:



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

La jefatura del establecimiento de salud, asigna formalmente al equipo evaluador interno, teniendo que generar un documento a cada integrante del Equipo Evaluador en donde le especifica sus funciones encomendadas; estos documentos deberán adjuntarse al plan de



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	2025-V.01

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

**Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de salud Conde de la Vega Baja.**

N°	Apellidos y Nombres	Profesión	Cargo
1	Paul Antonio Curo Morales	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Flor de María Villaverde Contreras	Médico cirujano	Evaluador interno
3	Maritza Capcha Rojas	Médico cirujano	Evaluador interno
4	Yessenia Margot Manrique Torres	Médico cirujano	Evaluador interno
5	Cleber Aleccender Asca Aguirre	Lic. Enfermería	Evaluador interno

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

### 6.1.2 Etapa 2

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

### 6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de salud Conde de la Vega Baja.

- 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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCVB	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 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.



PERU

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	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 Conde de la Vega Baja.

### 7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

### 7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud

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

### 7.4 Equipo Evaluador Interno

- Verificar que la jefatura del establecimiento de salud ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- 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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB	2025-V.01

Anexo 02: Equipo de Evaluadores Internos.











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

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)	
			4° SEMANA								
			LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30			
MC. Flor de María Villaverde Contreras	1.- Direccionamiento	MC. Flor de María Villaverde Contreras	x							M.C Maritza Capcha Rojas	
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Flor de María Villaverde Contreras		x						Tec. Enf. Gladis Sánchez Rojas	
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Manrique Torres Yessenia Margot			x					MC. Paul Curo Morales	
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Manrique Torres Yessenia Margot				x				Tec. Asistencial Demetrio Martin Olivera	
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Capcha Rojas Maritza					x			Lic. Teodora Apolinario	
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Manrique Torres Yessenia Margot						x		M.C Maritza Capcha Rojas	
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)	
			1° SEMANA								
MC. Paul Antonio Curo Morales	7.- Atención Ambulatoria	MC. Paul Antonio Curo Morales	x								Lic. Edith Sosa Huacho
	8.-Atención Extramural	MC. Paul Antonio Curo Morales		x							Lic. Edith Sosa Huacho
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Cleber Aleccender Asca Aguirre			x						Tec. Med. Alexander Roncal Bandini
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Cleber Aleccender Asca Aguirre					x				Tec. Med. Alexander Roncal Bandini





<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Signlas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSCVB</b>	<b>2025-V.01</b>
<b>Numeración</b>	<b>N° 070</b>	

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN 08	MAR 09	MIER 10	JUE 11	VIER 12	SAB 13		
Lic. Cleber Aleccender Asca Aguirre	14.-Admisión y Alta	Lic. Cleber Aleccender Asca Aguirre	x							Tec. Adm. Rosario Veldivia Diaz
	15.-Referencia y Contrareferencia	MC. Flor de María Villaverde Contreras		x						Tec. Adm. Mirna Mendizabal Quiñones
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Cleber Aleccender Asca Aguirre			x					G.F. Zulema Cueva Rosario
	17.-Gestión de la Información	MC. Flor de María Villaverde Contreras				x				M.C. Maritza Capcha Rojas - Tec. Adm. Gabriel Peñañoza Guisado
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20		
MC. Manrique Torres Yessenia Margot	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	MC. Paul Antonio Curo Morales	x							Tec. Asis. Demetrio Martín Olivera
	19.- Manejo de Riesgo Social	MC. Paul Antonio Curo Morales		x						Lic Edith Sosa Huacho
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	MC. Manrique Torres Yessenia Margot			x					Tec. Oscar Alvarado Oyarce
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	MC. Manrique Torres Yessenia Margot				x				Tec. Oscar Alvarado Oyarce





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"

<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 070	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSCVB	2025-V.01

### ANEXO 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNO

INTEGRANTES	CARGO
MC. Paul Antonio Curo Morales	Líder del equipo
MC. Flor de María Villaverde Contreras	Evaluador interno
MC. Capcha Rojas Maritza	Evaluador interno
MC. Manrique Torres Yessenia Margot	Evaluador interno
Lic. Enf. Cleber Aleccender Asca Aguirre	Evaluador interno

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





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

### "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE LIMA, 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° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	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. MIRIAM NIQUEN PORTOCARRERO**  
Jefe del Centro de Salud Santa Rosa de Lima

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



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

- MC. Miriam Niquen Portocarrero      Evaluador Líder
- CD. Pierina Martti Alvear              Evaluador interno
- MC. Hellen Arteta meza                Evaluador interno
- Lic. Enf. Carola Miraval Sosa          Evaluador interno
- AS. Nancy León Yabar                    Evaluador interno
- Tec. Palmira Vásquez Esparza        Evaluador interno
- Tec. Jaime Ruiz Daga                    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° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

## ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

## "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE LIMA, 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 Centro de Salud Santa Rosa de Lima, aprobado bajo Resolución Directoral N°396-2025-DG-DIRIS-LC para el presente año 2025.

### II. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud Santa Rosa de Lima 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° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	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 Santa Rosa de Lima, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I -3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

#### 3.2 Objetivos Específicos

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

### IV. ALCANCE:

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

### 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° 161, Decreto que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.1.6 Decreto Supremo N°008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.
- 5.1.7 Resolución Ministerial N°467-2017-MINSA, que aprueba el "Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana y su modificatoria con RM N°523-2017/MINSA.
- 5.1.8 Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

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



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:



El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Centro de Salud Santa Rosa de Lima, 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 Santa Rosa de Lima, 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° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

**Cuadro N°01:** Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Santa Rosa de Lima.

N°	Nombres y apellidos	Profesión	Cargo
1	MC. Miriam Niquen Portocarrero	Médico cirujano	Evaluador líder
2	Odont Pierina Marti Alvear	Cirujano dentista	Evaluador interno
3	Med. Hellen Arteta meza	Médico cirujano	Evaluador interno
4	Lic. Carola Miraval Sosa	Lic. enfermería	Evaluador interno
5	Lic. Nancy León Yabar	Asistente social	Evaluador interno
6	Tec Palmira Vásquez Esparza	Tec asistencial	Evaluador interno
7	Tec Jaime Ruiz Daqa	Tec administrativo	Evaluador interno

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

### 6.1.2 Etapa 2

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

### 6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Santa Rosa de Lima.

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 069	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

DIRIS LC o el propio establecimiento de salud), identificando las posibles fuentes auditables y cómo desarrollar soportes que puedan encontrarse en la organización, así como la preparación de instrumentos sencillos que faciliten el recojo de la información que se señala en los criterios que se van a evaluar.

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



## 6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 069	DIRIS –LC/DMGS-OGC-CSSRL	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 Santa Rosa de Lima.

### 7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

### 7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud

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

### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

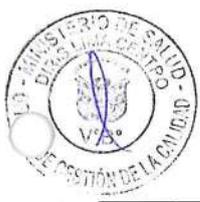
- Verificar que la jefatura del establecimiento de salud ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor, evitando todo conflicto de intereses que pudiera suscitarse con los evaluados de los servicios 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.





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

Ministerio de Salud  
 Dirección de Redes Integradas de Salud  
 Lima Centro

Vicerrectorado de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

PERÚ



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>DIRIS - LC/DMGS-OGC-CSSRL</b>	<b>2025-V.01</b>
<b>Numeración</b>	<b>N° 069</b>	

MACROPROCESOS	Responsables	III TRIM												IV TRIM																	
		II TRIM						I TRIM						OCT						NOV						DIC					
		JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC		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.- Direccionamiento	MC. Hellen Arfeta Meza																														
2.-Gestión de recursos humanos	Tec. Jaime Ruiz Dega																														
3.-Gestión de la Calidad	Lic. Nancy Leon Yabar																														
4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Carola Miraval Sosa																														
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D Pierina Marti Alvear																														
6.-Control de Gestión y prestación	C.D Pierina Marti Alvear																														
7.- Atención Ambulatoria	Tec. Palmira Vásquez																														
8.-Atención Extramural	Lic. Carola Miraval Sosa																														
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																														
10.- Atención de Emergencia	Lic. Carola Miraval Sosa																														
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																														
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																														
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Nancy Leon Yabar																														







PERÚ Ministerio de Salud

Administración de Prestaciones y Seguro 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"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 069	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 15	MAR 16	MIER 17	JUE 18	VIER 19	SAB 20		
MC. Hellen Arteta Meza	1.- Direccionamiento	MC. Hellen Arteta Meza	mañana							MC. Miriam Niquen Portocarrero
	2.-Gestión de recursos humanos	Tec. Jaime Ruiz Daga		Mañana						Tec. Gillo Guillen Fuster
	3.-Gestión de la Calidad	Lic. Nancy Leon Yabar			Mañana					CD. Pierina Marti Alvear
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Lic. Carola Miraval Sosa				Mañana				Tec. Victor Quinto Cruzado
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	C.D Pierina Marti Alvear					Mañana			Tec. Bertha Quispe Gengua
	6.-Control de Gestión y prestación	C.D Pierina Marti Alvear						Mañana		MC. Miriam Niquen Portocarrero
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	SETIEMBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
Lic. Carola Miraval Sosa	7.- Atención Ambulatoria	Tec. Palmira Vásquez	Mañana							MC. Miriam Niquen Portocarrero
	8.-Atención Extramural	Lic. Carola Miraval Sosa		Mañana						Lic. Nancy Leon Yabar
	10.- Atención de Emergencia	Lic. Carola Miraval Sosa								MC. Miriam Niquen Portocarrero
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Lic. Nancy Leon Yabar				Mañana				Biol. Mary Aquinaga
			4° SEMANA							
			LUN 22	MAR 23	MIER 24	JUE 25	VIER 26	SAB 27		



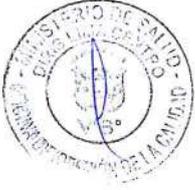


PERÚ  
Ministerio de Salud

Vicerrectorado de Promoción y Asesoramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud  
Lima Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	DIRIS-LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01
<b>Numeración</b>	N° 069	

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			MIER 01	JUEV 02	VIER 03	SAB 04				
M.C Miriam Niquen Portocarrero	14.-Admisión y Alta	Lic. Carola Miraval Sosa	Mañana							Tec. Victor Quinto Cruzado
	15.-Referencia y Contrareferencia	M.C Miriam Niquen Portocarrero		Mañana						MC. Hellen Arteta Meza
	16.-Gestión de medicamentos	M.C Hellen Arteta Meza			Mañana					Tec. María Arroyo Bedon
	17.-Gestión de la Información	Tec. Palmira Vasquez Esparza				Mañana				Tec. Jaime Ruiz Daga
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	OCTUBRE							Responsable(s) Evaluado(s)
C.D Pierina Martti	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización 19.- Manejo de Riesgo Social 21.-Gestión de Insumos y Materiales 22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Tec. Jaime Ruiz Daga C.D Pierina Martti Tec. Palmira Vásquez Esparza M.C Miriam Niquen Portocarrero	2° SEMANA							
			LUN 06	MART 07	MIER 08	JUE 09	VIER 10	SAB 11		
			Mañana							Tec. Nicolaza Espinoza
				Mañana						Lic. Nancy Leon Yabar
					Mañana					Tec. Nicolaza Espinoza
					Mañana				Tec. Nicolaza Espinoza	





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 069	DIRIS -LC/DMGS-OGC-CSSRL	2025-V.01

**ANEXO 02: EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS**

INTEGRANTES	CARGO
MC. Miriam Niquen Portocarrero	Evaluador Líder
CD. Pierina Martti Alvear	Evaluador interno
MC. Hellen Arteta meza	Evaluador interno
Lic. Enf. Carola Miraval Sosa	Evaluador interno
AS. Nancy León Yabar	Evaluador interno
Tec. Palmira Vásquez Esparza	Evaluador interno
Tec. Jaime Ruiz Daga	Evaluador interno

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 068	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD MARISCAL CÁCERES, 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° 068	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSMC	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. ALEX VENANCIO GUTIERREZ FELIX**  
Jefe del Puesto de Salud Mariscal Cáceres

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



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

- MC. Julio Pedro Sanchez Huaman                      Líder del equipo
- MC. Alex Venancio Gutiérrez Felix                      Evaluador interno
- María Jesús Morillo Checa                              Evaluador interno
- Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña              Evaluador interno
- Lic. Guisell Del Rocio Tataje Jaen                      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° 068	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

## ÍNDICE

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 068	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

## "PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN DEL PUESTO DE SALUD MARISCAL CÁCERES, PARA EL AÑO 2025"

### I. INTRODUCCIÓN:

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

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

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

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

### II. JUSTIFICACIÓN

El Puesto de Salud Mariscal Cáceres 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° 068	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

### III. OBJETIVOS:

#### 3.1 Objetivo General

Desarrollar la primera fase del proceso de Acreditación de los establecimientos en salud: Autoevaluación en el Puesto de Salud Mariscal Cáceres, 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 macro procesos ejecutados en todos los servicios y/o áreas asistenciales y administrativas del Puesto de Salud Mariscal Cáceres, 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 Puesto de Salud Mariscal Cáceres.
- OE3: Socializar los resultados obtenidos con la jefatura y los responsables de los servicios y/o áreas del Puesto de Salud Mariscal Cáceres, para promover la implementación de la mejora continua en el establecimiento.
- OE4: Implementar y monitorear las acciones de mejora continua según los resultados de la Autoevaluación, para el cumplimiento de los estándares establecidos en el Listado de Acreditación en el Puesto de Salud Mariscal Cáceres.

### IV. ALCANCE:

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

### V. BASE LEGAL:

#### 5.1 Base Legal General

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 068	DIRIS –LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

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



## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

El proceso de Autoevaluación para la acreditación del Puesto de Salud Mariscal Cáceres 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 Puesto de Salud Mariscal Cáceres, 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 nuestras las y las áreas susceptibles de mejorar; entendiéndose que es un proceso interno no tiene carácter punitivo.

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>N° 068</b>	<b>DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC</b>	<b>2025-V.01</b>

**Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Puesto de Salud Mariscal Cáceres.**

<b>N°</b>	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Profesión</b>	<b>Cargo</b>
1	Alex Venancio Gutierrez Felix	Médico Cirujano	Líder del equipo
2	Julio Pedro Sanchez Huaman	Médico Cirujano	Evaluador interno
3	María Jesús Morillo Checa	Médico Cirujano	Evaluador interno
4	Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña	Lic. Enfermería	Evaluador interno
5	Guisell Del Roció Tataje Jaen	Lic. Obstetricia	Evaluador interno

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

**6.1.2 Etapa 2**

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

**6.1.3 Etapa 3**

Ejecución de la Autoevaluación en el Puesto de Salud Mariscal Cáceres.

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 068	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

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

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



## 6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 068	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

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

### 6.3 Instrumentos a utilizar:

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

## VII. RESPONSABILIDADES:

### 7.1 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Puesto de Salud Mariscal Cáceres.

### 7.2 Oficina de Gestión de Calidad

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

### 7.3 Jefatura del Establecimiento de Salud

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

### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

- Verificar que la jefatura del establecimiento de salud ha comunicado oficialmente el inicio de la Autoevaluación a la DIRIS Lima Centro mediante documento formal.
- 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,  
Innovación de Salud  
Lima Centro

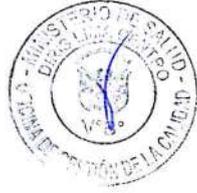
Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>DIRIS -LC/DMGS-OGC-P-SMC</b>	<b>2025-V.01</b>
<b>Numeración</b>	<b>N° 068</b>	

MACROPROCESOS	Responsables	II TRIM												III TRIM												IV TRIM											
		I TRIM			II TRIM			JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC														
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3						
1.- Direccionamiento	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán										X																										
2.-Gestión de recursos humanos	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán							X																													
3.-Gestión de la Calidad	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán							X																													
4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán							X																													
5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán							X																													
6.-Control de Gestión y prestación	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán							X																													
7.- Atención Ambulatoria	MC. María Jesús Morillo Checa													X																							
8.-Atención Extramural	MC. María Jesús Morillo Checa													X																							
9.-Atención de Hospitalización	NO APLICA																																				
10.- Atención de Emergencia	MC. María Jesús Morillo Checa													X																							
11.- Atención Quirúrgica	NO APLICA																																				
12.-Docencia e Investigación	NO APLICA																																				
13.-Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	NO APLICA																																				





<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b> N° 068	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b> DIRIS - LC/DMGS-OGC-PSMC	<b>Año Calendario de aprobación</b> 2025-V.01
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>			

Actividades	Responsables	III TRIM												IV TRIM																													
		I TRIM			II TRIM			JUL			AGO			SET			OCT			NOV			DIC																				
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3			
14.-Admisión y Alta	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña																																										
15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña																																										
16.-Gestión de medicamentos	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña																																										
17.-Gestión de la Información	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña																																										
18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Guisell Del Rocío Taltaje Jaen																																										
19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Guisell Del Rocío Taltaje Jaen																																										
20.-Nutrición y Dietética	NO APLICA																																										
21.- Gestión de insumos y materiales	Lic. Guisell Del Rocío Taltaje Jaen																																										
22.- Gestión de equipos e infraestructura	Lic. Guisell Del Rocío Taltaje Jaen																																										
Procesamiento de datos en el aplicativo informático	Equipo Evaluador Interno																																										
Análisis de resultados	Equipo Evaluador Interno																																										
Elaboración del informe preliminar, realización de la Reunión de Cierre	Equipo Evaluador Interno																																										
Elaboración del Informe Técnico y envío a la DIRIS LC	Equipo Evaluador Interno																																										





PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud  
Unidad Centro

Descenso de la Inigualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC</b>	<b>2025-V.01</b>
<b>Numeración</b>	<b>N° 068</b>	

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN 04	MAR 05	MIER 06	JUE 03	VIER 08	SAB 09		
MC. Julio Pedro Sánchez Huamán	1.- Direccionamiento	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán		Mañana						Responsables de las áreas
	2.-Gestión de recursos humanos	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán		Mañana						Responsables de las áreas
	3.-Gestión de la Calidad	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán			Mañana					Responsables de las áreas
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán			Mañana					Responsables de las áreas
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán					Mañana			Responsables de las áreas
	6.-Control de Gestión y prestación	MC. Julio Pedro Sánchez Huamán						Mañana		Responsables de las áreas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			2° SEMANA							
			LUN 11	MAR 12	MIER 13	JUE 14	VIER 15	SAB 16		
MC. María Jesús Morillo Checa	7.- Atención Ambulatoria	MC. María Jesús Morillo Checa		Mañana						Responsables de las áreas
	8.-Atención Extramural	MC. María Jesús Morillo Checa		Mañana						Responsables de las áreas
	10.- Atención de Emergencia	MC. María Jesús Morillo Checa				Mañana				Responsables de las áreas





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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			3° SEMANA							
			LUN 18	MAR 19	MIER 20	JUE 21	VIER 22	SAB 23		
Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña	14.-Admisión y Alta	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña		Mañana						Responsables de las áreas
	15.-Referencia y Contrarreferencia	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña			Mañana					Responsables de las áreas
	16.-Gestión de medicamentos	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña				Mañana				Responsables de las áreas
	17.-Gestión de la Información	Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña					Mañana			Responsables de las áreas
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			4° SEMANA							
			LUN 25	MAR 26	MIER 27	JUE 28	VIER 29	SAB 30		
Lic. Guisell Del Rocío Tataje Jaen	18.- Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización	Lic. Guisell Del Rocío Tataje Jaen		Mañana						Responsables de las áreas
	19.- Manejo de Riesgo Social	Lic. Guisell Del Rocío Tataje Jaen			Mañana					Responsables de las áreas
	21.-Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Guisell Del Rocío Tataje Jaen				Mañana				Responsables de las áreas
	22.- Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Guisell Del Rocío Tataje Jaen					Mañana			Responsables de las áreas





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"

59

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 068	DIRIS -LC/DMGS-OGC-PSMC	2025-V.01

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

INTEGRANTES	CARGO
MC. Julio Pedro Sanchez Huaman	Líder del equipo
MC. Alex Venancio Gutiérrez Felix	Evaluador interno
MC. María Jesús Morillo Checa	Evaluador interno
Lic. Fiorela Elizabeth Verastegui Saldaña	Evaluador interno
Lic. Guisell Del Roció Tataje Jaen	Evaluador interno

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





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

# MINISTERIO DE SALUD

## DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

### DOCUMENTO TÉCNICO:

**“PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN, CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO JAVIER MARIÁTEGUI CHIAPPE 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° 067	DIRIS-LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	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

**DRA. KATY AYALA ROBLES**  
Jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe

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



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

- Lic. Enf. Lucha Díaz de la Cruz      Evaluador Líder
- M.F Sarai Estofanero Quispe      Evaluador Interno
- Psiq. Katy Ayala Robles      Evaluador Interno
- Tec. Med. Anaholy Rojas Ramírez      Evaluador Interno
- Psi. Gerardo Bellido Figueroa      Evaluador Interno



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

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

Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN:</b> .....	4
<b>II. JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>III. OBJETIVOS:</b> .....	5
<b>IV. ALCANCE:</b> .....	5
<b>V. BASE LEGAL:</b> .....	5
<b>VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:</b> .....	6
<b>6.1 Etapas de la Autoevaluación:</b> .....	6
<b>6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:</b> .....	8
<b>6.3 Instrumentos a utilizar:</b> .....	9
<b>VII. RESPONSABILIDADES:</b> .....	9
<b>VIII. ANEXOS:</b> .....	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° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

## **"PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACIÓN, CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO JAVIER MARIÁTEGUI CHIAPPE 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- MINS/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" donde se establece el principio de universalidad, manifestándose que la acreditación en salud es un proceso donde todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben demostrar a la sociedad niveles óptimos de calidad.

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

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

### **II. JUSTIFICACIÓN**

El Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe 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° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	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 Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe, enfocado en la implementación de la mejora continua de la calidad con miras a la acreditación como establecimiento de salud Nivel I – 3 de la jurisdicción de DIRIS Lima Centro.

#### 3.2 Objetivos Específicos

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

### IV. ALCANCE:

El presente Plan de Autoevaluación tiene como alcance sobre todos los servicios asistenciales y administrativos Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe

### V. BASE LEGAL:

#### 5.1 Base Legal General

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



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCMCH	2025-V.01

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

## 5.2 Base Legal Específica

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

## VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN:

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

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





PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud  
Lima Centro

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

<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

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

**Cuadro N°01: Equipo Evaluador Interno del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe**

N°	Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
3	Lucha Díaz De La Cruz	Enfermera	Evaluador Líder
1	Sarai Estofanero Quispe	Médico de familia	Evaluador interno
2	Katy Ayala Robles	Médico Psiquiatra	Evaluador interno
4	Anaholy Rojas Ramirez	Terapeuta de lenguaje	Evaluador interno
5	Gerardo Bellido Figueroa	Psicólogo	Evaluador interno

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

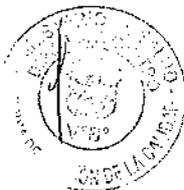
### 6.1.2 Etapa 2

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

### 6.1.3 Etapa 3

Ejecución de la Autoevaluación en el Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe

- El equipo evaluador realiza la REUNIÓN DE APERTURA (generando un acta de la reunión) en coordinación con la jefatura y los responsables de todos los servicios y áreas del establecimiento de salud, a fin de presentar los objetivos de la evaluación, presentarse como equipo evaluador, presentar el Plan de Autoevaluación (dar a conocer el cronograma de evaluación), el Listado de estándares de acreditación, establecer la fecha y hora de la reunión de cierre, cabe precisar que el proceso de Autoevaluación es máximo cuatro (04) semanas y mencionar la designación de los evaluadores internos que interactúan con los evaluados por servicio o área durante la visita de evaluación.
- Luego de haber concluido con la Reunión de Apertura el equipo evaluador interno solicita a la jefatura que disponga la entrega de las normas que MINSAD, DIRIS LC o el propio establecimiento de salud ha desarrollado con relación a los macroprocesos a ser evaluados de manera virtual o física.
- Llevar a cabo la autoevaluación con la interacción del evaluador interno y los evaluados del servicio o área, quienes revisarán y discutirán conjuntamente qué tan efectivamente están trabajando, y comparando el quehacer diario con los estándares y criterios de evaluación contemplados en el Listado de Estándares de Acreditación para establecimientos de salud.





Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

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



## 6.2 Técnicas de evaluación a utilizar:

- **Verificación/Revisión de documentos:** Fuente que permite obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.



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° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

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

### 6.3 Instrumentos a utilizar:

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

## VII. RESPONSABILIDADES:

### 7.1 Dirección General

- Aprobar el Plan de Autoevaluación del Centro de Salud Mental Comunitario Javier Mariátegui Chiappe.

### 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.



Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico	Numeración	Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN	Año Calendario de aprobación
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH	2025-V.01

- Solicita la convocatoria de los evaluadores externos al nivel que corresponda.

#### 7.4 Equipo Evaluador Interno:

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

#### VIII. ANEXOS:

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

Anexo N°02: Equipo de Evaluadores Internos

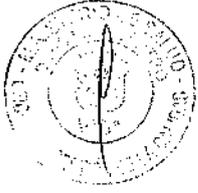




PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Dirección de Asesoría  
Técnicas de Salud  
Lima Centro

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



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Signlas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	DIRIS -LC/ DIMGS-OGC-CSMICJMCH	2025-V.01
<b>Numeración</b>	<b>Nº 067</b>	

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

Actividades	Responsables	I TRIM			II TRIM			III TRIM				IV TRIM								
								JUL		AGO		SET		OCT		NOV		DIC		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Conformación del Equipo de Acreditación y Evaluador interno de DIRIS LC	DG-DIRIS LC																			
Conformación del Equipo de Evaluadores Internos del establecimiento de salud y designación del evaluador líder y designación de responsables por cada macroproceso.	IPRESS I Nivel																			
Capacitación del Equipo Evaluador Interno por parte de DIRIS Lima Centro	OGC.DIRIS LC																			
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del Plan	IPRESS I nivel																			
Presentación del Plan de Autoevaluación a la Oficina de Gestión de Calidad y este a Dirección General de DIRIS Lima Centro	IPRESS I nivel																			
Comunicación de Inicio del Proceso de Autoevaluación a la DIRIS de Lima Centro	Jefatura de IPRESS																			
Reunión de apertura para socializar los objetivos, listado de estándares y las Normas referenciales a los evaluados de servicio o área de la IPRESS en coordinación con el médico jefe	Equipo Evaluador Interno																			









PERÚ Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y 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"



<b>Tipo de Documento Normativo:</b> Documento Técnico	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN	N° 067	DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSSM-JMCH	2025-V.01

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

Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
			1° SEMANA							
			LUN 04	MAR 05	MIER 06	JUE 07	VIER 08	SAB 09		
Médico Psiquiatra Katy Ayala Robles	1.- Direccionamiento	Enf. Lucha Diaz de la Cruz		Mañana	Tarde			Mañana		PS. Douglas Caycho Oruna
	2.-Gestión de recursos humanos	Ps. Ana Lucia Álvarez Pisconte	Mañana							
	3.-Gestión de la Calidad	Ps. Nancy Alexandra Liñan Bazo	Mañana							
	4.-Manejo de Riesgo de Atención	Tl. Anaholy Rojas Ramirez			Tarde			Mañana		
	5.-Gestión de Seguridad ante Desastres	Med. Fam Sarai Estofanero Quispe								
	6.-Control de Gestión y prestación	Ps. Gerardo Bellido Figueroa		Mañana						
Responsable por Sub equipo	Macroprocesos	Equipo de Evaluadores Interno	AGOSTO							Responsable(s) Evaluado(s)
Ps.Gerardo Bellido Figueroa	7.- Atención Ambulatoria	Med. Fam Sarai Estofanero Quispe	LUN 11	MAR 12	MIER 13	JUE 14	VIER 15	SAB 16		T.O Wilder Torrejón
	8.-Atención Extramural	Tl. Anaholy Rojas Ramirez	Tarde				Mañana			
	10.- Atención de Emergencia	Med. Fam Sarai Estofanero Quispe							Mañana	
	13.- Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Enf. Lucha Diaz de la Cruz		Mañana		Tarde				







<b>Tipo de Documento Normativo: Documento Técnico</b>	<b>Numeración</b>	<b>Siglas de la Institución - Siglas del órgano que genera el DN</b>	<b>Año Calendario de aprobación</b>
<b>PLAN DE AUTOEVALUACIÓN</b>	<b>N° 067</b>	<b>DIRIS -LC/ DMGS-OGC-CSMCJMCH</b>	<b>2025-V.01</b>

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

INTEGRANTES	CARGO
Lic. Enf. Lucha Díaz de la Cruz	Evaluador Líder
M.F Sarai Estofanero Quispe	Evaluador Interno
Psic. Katy Ayala Robles	Evaluador Interno
Tec. Med. Anaholy Rojas Ramírez	Evaluador Interno
Psic. Gerardo Bellido Figueroa	Evaluador Interno

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

