



Resolución Directoral

Lima, 21 de Julio de 2023

VISTO: El expediente Administrativo Registro N° 10739-2023, que contiene entre otros el Informe N° 047-2023-HNDM/OGC, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, a través del cual remite el proyecto del Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación – 2023, del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y el Informe N° 036-2023-EPP-OEPE-HNDM, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Nacional Dos de Mayo;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI, del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, disponen que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que consigna los principios, política, objetivos, estrategias, entre otros aspectos que permitirán orientar los esfuerzos para mejorar la calidad en los servicios y establece como uno de sus componentes la garantía y mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo una de sus líneas de acción, la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó 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", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de acreditación, en la cual los Establecimientos de Salud que cuentan con un equipo Institucional de evaluadores internos, previamente formados, harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento";



Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009-MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", el cual tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación;

Que, con la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Directoral N° 106-2023/D/HNDM, de fecha 05 de mayo de 2023, se conformó el Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Nacional Dos de Mayo 2023;

Que, mediante Informe N° 047-2023-HNDM/OGC, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General el proyecto del documento técnico: Plan de Autoevaluación 2023 del Hospital Nacional Dos de Mayo, concluyendo que el mencionado Plan es elaborado por los evaluadores internos y es aprobado por la autoridad Institucional, consignándose simultáneamente a los responsables de Servicio/Área/Departamento que interactúan con los evaluadores; asimismo, el señalado Plan tiene por finalidad mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital y como Objetivo General el de incrementar en un 5% el puntaje de los Estándares de Acreditación en la Institución, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1;

Que, mediante Informe N° 036-2023-EPP-OEPE-HNDM, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2023 del Hospital Nacional Dos de Mayo, cumple con lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" y la Resolución Ministerial 090-2022/MINSA que aprueba la Directiva N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud"; asimismo informa que a la fecha se cuenta con un presupuesto de libre disponibilidad, por un monto de S/ 300.00 soles, para el financiamiento del Plan de Autoevaluación 2023, del Hospital Nacional Dos de Mayo;

Estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Dos de Mayo;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 383-2023/MINSA, de fecha 15 de abril de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";





Resolución Directoral

Lima, 21 de Julio de 2023

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación – 2023 del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el mismo que consta de nueve (09) numerales, haciendo un total de veinte (20) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las actividades propuestas en el plan aprobado en el artículo 1° de la presente resolución, debiendo informar trimestralmente, semestral y anualmente los avances del mismo a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

Artículo 3°.- Disponer que el Jefe de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. EDUARDO FARFÁN CASTRO
Director General (e)
C.M.P. 19905 / R.N.E. 11397

EFC/ELV/fac.
C.c.:
- Dirección General.
- Ofic. de Gestión de la Calidad
- Ofic. Estadística e Informática.
- Ofic. Ejec. de Planeamiento Estratégico.
- Ofic. Asesoría Jurídica.
- Interesada
- Archivo.



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2023
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**

I. INTRODUCCION:

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los pilares para la transformación de los Sistemas de Salud que ha tenido lugar en los últimos años, en la mayoría de países. La calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfacer sus expectativas por la atención de salud y minimizar los riesgos en la prestación de servicios; lo que ha conllevado a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de salud del sistema peruano, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), impulsado por el Ministerio de Salud identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el conjunto de características técnico científicas, humanas y materiales que debe tener la atención de salud que se brinda a los usuarios para satisfacer sus expectativas en torno a ella. El sistema considera como uno de sus componentes el de Información para la Calidad, que está definido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias, de manera permanente y organizada, sobre la calidad de atención y los niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos. En este sentido se plantea la utilización de estándares de calidad, y un conjunto de instrumentos de soporte para la medición de los niveles de calidad alcanzados por la organización que permitan valorar el cumplimiento de las metas previstas.

La Acreditación está definida como un proceso de evaluación externa, periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud.

La Acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa. La Autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud-PAES, que consiste en la evaluación periódica, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores clave de la atención de la salud. Hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para su nivel de atención. La Evaluación Externa es la fase final de la evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la constancia para la acreditación como a la Resolución Ministerial de la condición de Acreditado.

II. FINALIDAD:

Mejorar la calidad y la seguridad de la atención en los servicios que brinda el Hospital Nacional "Dos de Mayo".



III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL

Incrementar en un 5% el puntaje de los Estándares de Acreditación en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1. Organizar y planificar el proceso de autoevaluación
- 3.2.2. Realizar el proceso de Autoevaluación
- 3.2.3. Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las Oficinas y Departamentos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

V. BASE LEGAL:

- 5.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 5.2. Decreto Legislativo. N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 5.3. Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.4. Decreto Supremo N° 016-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".
- 5.5. Decreto Supremo N° 021-2022-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 de Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado.
- 5.6. Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V.01 – "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud"
- 5.7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
- 5.8. 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"
- 5.9. Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 5.10. Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".



- 5.11. Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", modificada por la Resolución Ministerial N° 228-2013/MINSA.
- 5.12. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 5.13. Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud"
- 5.14. Resolución Directoral N° 400-2010/D/HNDM, que aprueba el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 5.15. Resolución Directoral N° 046-2023/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2023 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.16. Resolución Directoral N° 070-2023/D/HNDM, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación 2023 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.17. Resolución Directoral N° 106-2023/D/HNDM, que aprueba el Equipo de Evaluadores Internos 2023 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO:

6.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:

6.1.1. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El equipo de Evaluadores Internos del HNDM utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación:

1. **Verificación/Revisión de documentos:** Una de las fuentes a las que se puede recurrir para obtener información y analizar los registros e informes del establecimiento de salud, el estudio de mapa de procesos, etc.
2. **Observación:** Permite seguir la manera cómo se desarrollan los procesos en la práctica. Se observa a las personas. Así también, se trata de observar el entorno.
3. **Entrevistas:** Permite tomar información de la fuente directa para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.
4. **Muestras:** Técnica que permite definir una población susceptible de estudio, cuyas propiedades y resultados van a ser generalizados o extrapolados a toda la población accesible.
5. **Encuestas:** Permite recoger información básica y opiniones acerca de los problemas sentidos o percibidos con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.
6. **Auditorías:** Examen que determina y señala hasta qué punto una situación, proceso o comportamiento se atiene a las normas o criterios preestablecidos.

Los estándares de acreditación contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de



Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2023
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos del Nivel III-1, como es el caso del HNDM son aplicables 21. Consta de criterios de estructura (36%), de proceso (45%) y de resultado (19%).

Las fuentes auditables dependerán de las normas que regulan los procesos del MINSA, las normas legales sectoriales que regulan los procesos institucionales y las normas internas del HNDM.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el HNDM:

Nº	Macroproceso	Estándares	Criterios
1	Direccionamiento	2	11
2	Gestión de Recursos Humanos	4	11
3	Gestión de Calidad	4	22
4	Manejo de Riesgo de Atención	8	50
5	Gestión de Seguridad ante Desastres	3	21
6	Control de la Gestión y Prestación	2	15
7	Atención Ambulatoria	4	14
9	Atención de Hospitalización	7	26
10	Atención de Emergencias	3	14
11	Atenciones Quirúrgicas	4	24
12	Docencia e Investigación	2	15
13	Atención de Apoyo, Diagnóstico y Tratamiento	3	11
14	Admisión y Alta	4	16
15	Referencia y Contrarreferencia	2	10
16	Gestión de Medicamentos	3	15
17	Gestión de Información	3	14
18	Descontaminación, Limpieza, Desinfección, Esterilización	4	17
19	Manejo del Riesgo Social	2	6
20	Nutrición y Dietética	2	10
21	Gestión de Insumos y Materiales	2	8
22	Gestión de Equipos e Infraestructura	2	12
TOTAL		70	342

6.1.2. DEFINICIONES OPERATIVAS

- a) **Acuerdos de Gestión:** Es el establecimiento de una relación escrita y firmada entre el superior jerárquico y el respectivo gerente público, con el fin de establecer los compromisos y resultados frente a la visión, misión y objetivos del organismo, se pacta por un periodo determinado e incluye la definición de indicadores de cobertura y de calidad a través de los cuales se evalúa el mismo.
- b) **Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención, y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga por



Resolución Ministerial en Lima y Callao y mediante Resolución Ejecutiva Regional en las regiones.

- c) **Atención de salud:** Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- d) **Atributos de calidad:** Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.
- e) **Auditoría:** Es un proceso del sistema de gestión de la calidad que evalúa hechos con el objeto de determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada y los criterios establecidos. Es aplicable a la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas y sus resultados, a la evaluación del acto y la relación médico paciente para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios establecidos (estándares) o dirigida a evaluar cualquier aspecto relacionado con el proceso de atención de los usuarios en una organización.
- f) **Autoevaluación:** Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.
- g) **Criterios de evaluación:** Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.
- h) **Establecimiento de salud:** Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.
- i) **Estándar:** Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.
- j) **Estándar de estructura:** Nivel de desempeño deseado sobre los recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como las tareas de gestión de los servicios.
- k) **Estándar de proceso:** Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, así como también las labores de gestión.
- l) **Estándar de resultado:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.
- m) **Estándares específicos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por su complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.
- n) **Estándares genéricos:** Niveles de desempeño deseado y definido de manera amplia, que abarcan los diferentes componentes de la gestión y la prestación en todos los niveles de complejidad.
- o) **Guía del evaluador:** Documento técnico que describe la metodología a seguir en las diferentes fases de la acreditación. Con especial énfasis en la



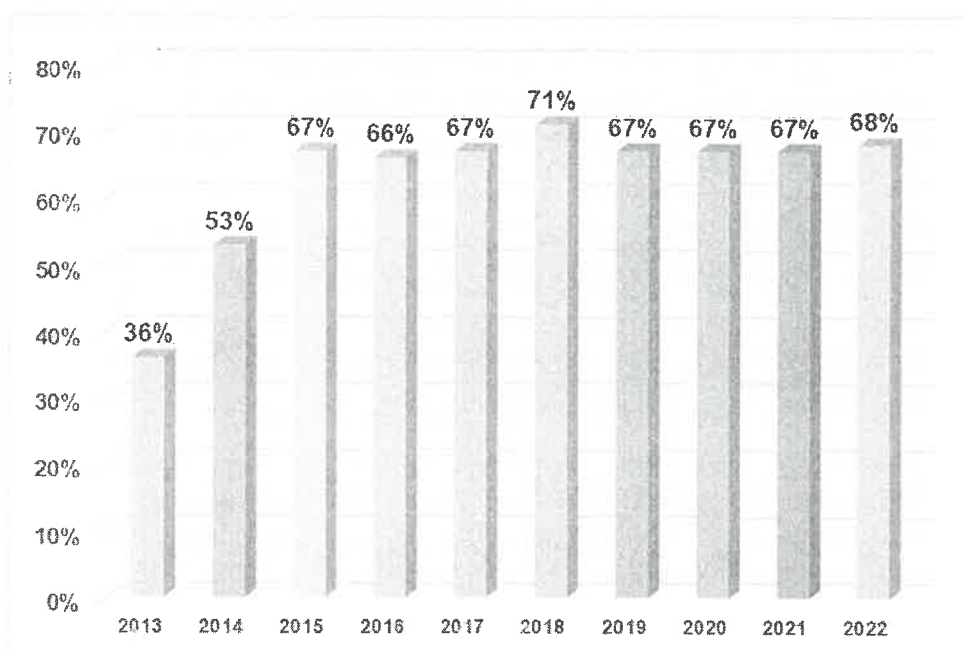
verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

- p) **Informe Técnico de la Autoevaluación:** Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, los observadores, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.
- q) **Listado de Estándares de Acreditación:** Documento que contiene los estándares, los atributos relacionados, las referencias normativas y los criterios de evaluación en función de los macroprocesos que se realizan en todo establecimiento de salud o servicio médico de apoyo y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

6.2. ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN EN SALUD

6.2.1. ANTECEDENTES

El proceso de Acreditación en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", se está realizando periódicamente desde el año 2013, obteniendo los siguientes puntajes:



Aun debemos mejorar y busca brindar a los usuarios y al Sistema de salud en general, los recursos, las capacidades y cumplimiento de los procesos para alcanzar los estándares óptimos de la calidad de atención de la salud.

6.2.2. PROBLEMA

El incumplimiento de estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación, impide que nuestro hospital sea una entidad acreditada.



6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

- a) Alta rotación de jefaturas, directivos
- b) No se brindan facilidades a evaluadores internos: horario y atención
- c) Desconocimiento/falta de compromiso con la capacitación
- d) Algunos de los procesos evaluados aún no se documentan adecuadamente
- e) Normas y herramientas desactualizadas
- f) Criterios de evaluación no estandarizados. "Interpretación de los criterios"
- g) Limitaciones de tiempo de los Evaluadores Internos
- h) Incumplimiento de los Evaluadores Internos y responsables de macroprocesos

6.2.4. POBLACION OBJETIVO

Se realizó el análisis en todas las Oficinas y Departamentos involucradas en el proceso de autoevaluación para la acreditación de establecimientos salud.

6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- a) Plan de mejora en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación 2022, aprobada mediante Resolución Directoral N° 063-2022/D/HNDM.
- b) Monitoreo periódico de las actividades programadas en el Plan de mejora en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación 2022.
- c) Proceso de Autoevaluación 2023.

6.3. ARTICULACION ESTRATEGICA AL PEI, ARTICULACION OPERATIVA AL POI

Este Documento se articula con el Objetivo Estratégico Institucional 04 (OEI.04) Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro; en el marco de la Modernización de la Gestión Pública. Asimismo, articula con la Actividad Estratégica Institucional 04.02 (AEI.04.02) Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados.

Se articula con el Plan Operativo Institucional Anual 2023, en la Actividad Operativa AOI00014400750 Gestión – Acciones para el Fortalecimiento de la garantía de la calidad en salud a través de la Autoevaluación para la Acreditación.

Ver anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

OE1: Organizar y planificar el proceso de Autoevaluación.

- ✓ Conformación del Equipo de Acreditación.
- ✓ Conformación de Evaluadores Internos.
- ✓ Capacitación a los Evaluadores Internos.
- ✓ Elaboración del Plan y Designación de Líder.
- ✓ Designación de Responsables por Macroproceso.
- ✓ Aprobación del Plan de Autoevaluación.
- ✓ Difusión del proceso de autoevaluación.

OE2: Realizar el proceso de Autoevaluación

- ✓ Difusión del Plan de Autoevaluación.
- ✓ Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macroprocesos.
- ✓ Comunicación del Inicio de la Autoevaluación.
- ✓ Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación.

OE3: Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación

- ✓ Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados.
- ✓ Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación.

El Anexo N° 02 muestra la Matriz de programación de Metas Físicas y Presupuestales donde se indican las metas, unidades de medida, el cronograma y los responsables y en el Anexo N° 03 los Indicadores que permitirán la evaluación de los objetivos

6.5. PRESUPUESTO

La elaboración e implementación del presente plan y su difusión, tiene un costo estimado de Trescientos soles (S/ 300.00). Ver Anexo N° 05.

6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades del presente plan, corresponden a la Meta 112: Gestión de la Calidad.

6.7. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las actividades propuestas en este plan e informará trimestralmente los avances a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

VII. RESPONSABILIDADES

- a) La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable de monitorizar la implementación del presente Plan.
- b) Las Jefaturas de todas las unidades orgánicas (Departamentos/Oficinas) son responsables de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- c) Los Evaluadores Internos son responsables de realizar acciones de evaluación, identificar acciones de mejoramiento continuo, sistematizar y precisar los hallazgos, las recomendaciones y la opinión de la calificación, emitir un informe técnico de carácter institucional.

VIII. ANEXOS



ANEXO N° 01:

MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECÍFICO

Marco Estratégico		Estructura programática y operativa				Objetivo Específico del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Objetivo General del Plan
OEI 04 Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; para el desempeño eficiente, ético e íntegro; en el marco de la Modernización de la Gestión Pública	AEI.04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población; con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Gestión - Acciones para el fortalecimiento de la garantía de la calidad en salud a través de la Autoevaluación para la Acreditación.	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa	Incrementar en un 5% el puntaje de los Estándares de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1.
						Organizar y planificar el proceso de autoevaluación
						Realizar el proceso de Autoevaluación
						Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación



ANEXO N° 02 – A:
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
OE.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1					Dirección General
	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1					Dirección General
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada		20				Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia		1				Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Listado		1				Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral		1				Dirección General
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web		1				Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web			1			Oficina de Gestión de la Calidad
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia		1				Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio			1			Oficina de Gestión de la Calidad
OE.2: Realizar la Autoevaluación	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación			21			Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA			1			Líder de los Evaluadores Internos
OE.3: Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe				1		Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 02 – B:

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)							Total Presupuesto (S/)	Responsable	
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre			IV Trimestre
OE.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución Directoral	ACCIONES CENTRALES 9001	SIN PRODUCTO 39999999	Gestión Administrativa							Dirección General
	Conformación del Equipo de Evaluadores Internos	Resolución Directoral										Dirección General
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona Capacitada										Oficina de Gestión de la Calidad
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia										Evaluadores Internos
	Designación de responsables por macroproceso	Listado										Oficina de Gestión de la Calidad
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución Directoral										Dirección General
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web										Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web										Oficina de Gestión de la Calidad
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia										Oficina de Gestión de la Calidad
	Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Oficio										Oficina de Gestión de la Calidad
OE.2: Realizar la Autoevaluación	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación										
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA						S/ 200.00				
OE.3: Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe										
	TOTAL PRESUPUESTO S/.											S/ 300.00



ANEXO N° 03:
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS				PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)				
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		I SEMESTRE		II SEMESTRE		
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	
OE.1: Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20	0	20	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web	0	1	1	1	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	OE.2: Realizar la Autoevaluación	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	Lista de asistencia	1	0	1	0	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00
		Comunicación del inicio de la Autoevaluación	Oficio	0	1	1	1	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00
Aplicación de la lista de estándares de acreditación		Hojas de registro de datos para autoevaluación	0	21	21	21	S/ 0.00	S/ 200.00	S/ 200.00	S/ 200.00	
OE.3: Analizar resultados	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA	0	1	1	1	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	S/ 0.00	
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	0	1	1	1	S/ 0.00	S/ 100.00	S/ 100.00	S/ 100.00	

ANEXO N° 04:
MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
Incrementar en un 5% el puntaje de los Estándares de Acreditación en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con miras a la acreditación como establecimiento de Salud de Nivel III-1.	Porcentaje del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud.	Resultado del proceso de autoevaluación para la acreditación	Porcentaje	75%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 05:
PRESUPUESTO REQUERIDO

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la actividad
Organizar y planificar para la Autoevaluación	Conformación del Equipo de Acreditación	S/. 0
	Conformación del Evaluadores Internos	S/. 0
	Capacitación a los evaluadores internos	S/. 0
	Elaboración del Plan y designación de líder	S/. 0
	Designación de responsables por macroproceso	S/. 0
	Aprobación del Plan de autoevaluación	S/. 0
	Difusión del Plan de autoevaluación	S/. 0
Realizar la Autoevaluación	Difusión del proceso de autoevaluación	S/. 0
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	S/. 0
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	S/. 0
	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	S/. 200.00
Analizar resultados	Procesamiento de datos y análisis de resultados	S/. 0
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	S/. 100.00
TOTAL		S/. 300.00

Cabe mencionar que las actividades del presente Plan de Autoevaluación 2023, se encuentran presupuestadas en el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2023, aprobado con Resolución Directoral N° 046-2023/D/HNDM.



ANEXO N° 06:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2023 -- A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2023															
		ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV	DIC				
Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder	MC Teresa Naupari Ruiz																
Designación de responsables por cada Macroproceso																	
Presentación del Plan a la Dirección																	
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación																	
Presentación del Plan a Jefes de servicio, personal																	
Macroprocesos																	
Direccionamiento	Dra. Ada Gómez Mendoza																
Gestión de Recursos Humanos																	
Gestión de la Calidad																	
Manejo del Riesgo de la Atención																	
Gestión de Seguridad ante Desastres																	
Control de la Gestión y Prestación																	
Atención Ambulatoria																	
Atención de Hospitalización																	
Atención de Emergencia																	
Atención Quirúrgica																	
Docencia e Investigación																	
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento		Dra. Rocío Fuentes Rivera Alvarado															
Admisión y Alta																	
Referencia y Contrareferencia																	
Gestión de Medicamentos																	
Gestión de la Información	Dra. Teresa Naupari Ruiz																



Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2023
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2023												
		ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV	DIC	
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Deysi Rojas Quispe													
Manejo del Riesgo Social														
Nutrición y Dietética	Lic. Deysi Rojas Quispe													
Gestión de Insumos y Materiales														
Gestión de Equipos e Infraestructura	Lic. Deysi Rojas Quispe													
Procesamiento de datos														
Análisis de resultados	Dra. Teresa Naupari Ruiz													
Elaboración del informe preliminar														
Presentación del informe preliminar	Dra. Teresa Naupari Ruiz													
Revisión y corrección del informe														
Entrega del informe técnico	Dra. Teresa Naupari Ruiz													



ANEXO N° 07:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2023 – B

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	SET			OCT		RESPONSABLES EVALUADOS
			3	4	1	2		
Dra. Ada Gómez Mendoza	Direccionamiento	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	
	Gestión de Recursos Humanos	Dr. Edwin Wilder Damian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe					Jefe de la Oficina de Personal	
	Gestión de la Calidad	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad	
	Manejo del Riesgo de la Atención	Dra. Rocío Fuentes Rivera Alvarado Dra. Teresa Naupari Ruiz Lic. Miriam Rojas Castillo Lic. Victoria Almeida Vargas					Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Medicina Interna Jefe del Departamento de Enfermería	
	Gestión de Seguridad ante Desastres	Dra. María Luz Bayona Salcedo Dra. Ada Gomez Mendoza					Coordinador PpR 068 Gestión del Riesgo de Desastres	
	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Rocío Fuentes Rivera Alvarado					Jefe del Departamento de Especialidades Médicas	
	Atención Ambulatoria	Lic. Jovita Silva Robledo					Jefe de Departamento de Consulta Externa	
	Atención de Hospitalización	Dra. Rocío Fuentes Rivera Alvarado Dra. Teresa Naupari Ruiz Lic. Miriam Rojas Castillo Lic. Victoria Almeida Vargas					Jefe del Departamento de Pediatría Jefe del Departamento de Enfermería	
	Atención de Emergencia	Dr. Elard Paredes Macedo Lic. Deysi Rojas Quispe					Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock	
	Atención Quirúrgica	Dr. Edwin Wilder Damian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe					Jefe del Departamento de Cirugía Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.	
Dra. Teresa Naupari Ruiz	Docencia e Investigación	Dr. Elard Paredes Macedo Lic. Deysi Rojas Quispe					Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	
	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Elard Paredes Macedo Lic. Deysi Rojas Quispe					Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	
	Admisión y Alta	Ing. Martin Ruiz Laurel					Jefe de Oficina de Estadística e Informática	
	Referencia y Contrarreferencia	Lic. Nelly Salas Mello					Jefe del Módulo de Referencias y Contrarreferencias	
	Gestión de Medicamentos	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe del Departamento de Farmacia	
	Gestión de la Información	Ing. Martin Ruiz Laurel					Jefe de Oficina de Estadística e Informática	



RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	SET			OCT		RESPONSABLES EVALUADOS
			3	4	1	2		
Lic. Deysi Rojas Quispe	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Lic. Nelly Salas Mello					Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Enfermería	
	Manejo del Riesgo Social	Lic. Nelly Salas Mello					Jefe del Departamento de Servicio Social	
	Nutrición y Dietética	Ing. Martín Ruiz Laurel					Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética	
	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nelly Salas Mello					Jefe de la Oficina de Logística	
	Gestión de Equipos e Infraestructura	Dra. Teresa Ñaupari Ruíz					Jefe de Servicios Generales y Mantenimiento	
EVALUADOR LIDER: Dra. TERESA ÑAUPARI RUIZ								



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes de los Planes Especificos en el Ministerio de Salud "
2. Ministerio de Salud. NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
3. Ministerio de Salud. Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

