



Resolución Directoral

Lima, 20 de Diciembre de 2024

VISTO:

El expediente Administrativo con Registro N° 45286-2024, el cual contiene, entre otros documentos, la Nota Informativa N° 270-2024-HNDM/OGC, de fecha 12 de diciembre de 2024, de la Oficina de Gestión de la Calidad, a través del cual remite el proyecto de Documento Técnico: "Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2024";

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, dispone 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, con arreglo a principios de equidad"*;

Que, con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó 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° 456-2007/MINSA, se aprueba 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 el cual los Establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes 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° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "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 las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;



Que, con la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías del proceso para la implementación de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que en su numeral 6.1.4, señala entre los tipos de documentos normativos, al Documento Técnico, cuya finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que corresponden. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran, entre otros, los planes de diversa naturaleza;



Que, con la Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprobó 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", con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;



Que, con el Informe N° 069-2024-OGC-HNDM, de fecha 12 de diciembre de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Dirección General, el sustento técnico para que se apruebe el Documento Técnico: "Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2024", del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; informe en el que concluye que: *"El plan es elaborado a partir de los resultados generados en el proceso de Autoevaluación 2024 y es aprobado por la autoridad institucional, en la que se consigna a todos los criterios con puntaje de 0 y 1, los mismos que contienen las observaciones, recomendaciones y responsables de los mismos"*;

Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a sus atribuciones, remite el Informe N° 106-2024-OEPE-070-EPP-HNDM, de fecha 10 de diciembre de 2024, indicando en su numeral 7 que: "El presupuesto estimado, es de 0 soles. Señalando que cada área (oficina o departamento) que requiriese elaborar un plan de mejora, lo presupuestará de ser necesario, razón por la que concluye lo siguiente: *"El presupuesto estimado es de cero soles (S/. 0.00)*;



Que, mediante Nota Informativa N° 270-2024-HNDM/OGC, de fecha 12 de diciembre de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del proyecto del Documento Técnico: "Plan de



Resolución Directoral

Lima, 20 de ~~Diciembre~~ de 2024

Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2024", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que debe realizarse a través del presente acto resolutorio;

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

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido 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° 886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "PLAN DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN 2024", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el que en 58 páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Oficina de Gestión de la Calidad, realice la difusión, seguimiento, evaluación y ejecución, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de manera trimestral, semestral y anualmente, los avances del Documento Técnico: "PLAN DE MEJORA EN BASE A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA AUTOEVALUACIÓN 2024", del Hospital Nacional Dos de Mayo", aprobado por la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

VRGPIJEVT/ratc.

C.c.:

- Dirección General.
- Órgano de Control Institucional
- Dirección Ejecutiva de Administración
- Dirección Ejecutiva de Planeamiento
- Of. Asesoría Jurídica
- Of. Estadística e Informática
- Archivo



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
M.C. VICTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27450 - P.N.E. 3977



ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.	2
II. Finalidad	2
III. Objetivos.	3
IV. Ámbito de aplicación	3
V. Base Legal.	3
VI. Contenido.	
6.1. Aspectos técnicos conceptuales	4
6.2. Análisis de la situación actual del Proceso de Acreditación en Salud	7
6.3. Articulación Estratégica al PEI, Articulación Operativo al POI	8
6.4. Actividades por Objetivos	8
6.5. Presupuesto	9
6.6. Financiamiento	9
6.7. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan	9
VII. Responsabilidades	9
VIII. Anexos.	
Anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico	10
Anexo N° 02 - A: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	11
Anexo N° 02 - B: Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales	12
Anexo N° 03: Matriz de Seguimiento de Metas Físicas y Presupuestales	13
Anexo N° 04: Matriz de Indicadores del Plan Específico	14
Anexo N° 05: Presupuesto Requerido	15
Anexo N° 06: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2024 – A	16
Anexo N° 07: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2024 – B	18
IX. Bibliografía	20



**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN 2024
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

Evaluar el cumplimiento 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.

La meta es incrementar, mínimo, en un 5% el puntaje obtenido en la Autoevaluación 2023.

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 cumplimiento obligatorio por los integrantes del Equipo de Evaluadores Internos y del Equipo de Acreditación, así como el personal de 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° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 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 Ministerial N° 147-2024/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 354-MINSA/2024/DGOS "Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los convenios de gestión 2024, en el marco del Decreto Legislativo N° 1153".
- 5.15. Resolución Directoral N° 400-2010/D/HNDM, que aprueba el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 5.16. Resolución Directoral N° 033-2024/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2024 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.17. Resolución Directoral N° 052-2024/D/HNDM, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación Institucional 2024 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.18. Resolución Directoral N° 060-2024/D/HNDM, que aprueba el Equipo de Evaluadores Internos 2024 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 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos del Nivel III-1, como es el caso del HNMD 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 HNMD.

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

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

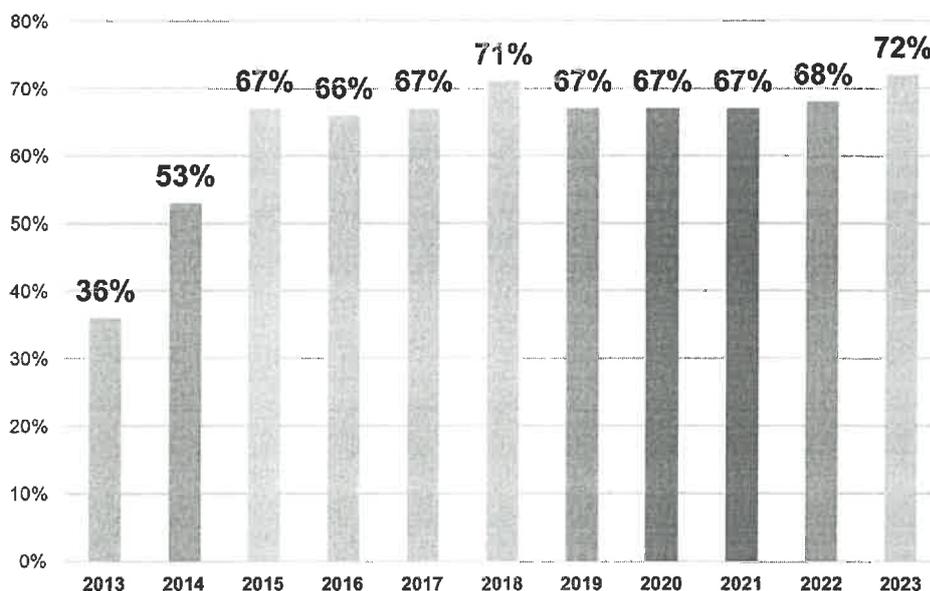
verificación de los criterios de evaluación del estándar para su correcta calificación, con la finalidad de garantizar la total objetividad del proceso.

- 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, impidiendo 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

Son todas las unidades orgánicas y funcionales de nuestro Hospital, involucradas en el cumplimiento de los estándares de acreditación.

6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- a) Implementación del Plan de mejora en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación 2023, aprobado mediante Resolución Directoral N° 045-2023/D/HNDM.
- b) Monitoreo periódico de las actividades programadas en el Plan de mejora en base a los resultados obtenidos en la autoevaluación 2023.
- c) Proceso de Autoevaluación 2024.

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 (POI) Anual 2024 del Hospital Nacional "Dos de Mayo", en la Actividad Operativa AOI00014400760 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

El presupuesto estimado es "Cero soles", pues muchas actividades ya tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS, por lo que no requeriría gasto adicional.

6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades se encontrarían financiadas por los Recursos Ordinarios de la institución.

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 General del Plan	Objetivo Específico del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal			
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	Acciones para el fortalecimiento de la garantía de la calidad en salud a través de la Autoevaluación para la Acreditación.	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa	Evaluar el cumplimiento 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		6	15		21	Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA			1		1	Líder de los Evaluadores Internos
OE.3: Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe			1		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 (\$/)							Total Presupuesto (\$/)	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	9001 ACCIONES CENTRALES	SIN PRODUCTO 3999999	Gestión Administrativa							Dirección General
	Conformación del 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										Dirección General
	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										Oficina de Gestión de la Calidad
	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA										Lider de los Evaluadores Internos
OE.3: Analizar resultados	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe										Oficina de Gestión de la Calidad
TOTAL PRESUPUESTO S/.											S/ 00.00	

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS				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	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20	0	20	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Elaboración del plan y designación de líder	Lista de asistencia	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Designación de responsables por macroproceso	Listado	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Aprobación del plan de autoevaluación	Resolución directoral	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Difusión del plan de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Difusión del proceso de autoevaluación	Correo electrónico Página web	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
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	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio	1	0	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	6	15	21	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
OE.3: Analizar resultados	Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA	0	1	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	0	1	1	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	S/ 00.00	

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				
Evaluar el cumplimiento 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	77%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad



Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

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/. 00.00
	Conformación del Evaluadores Internos	S/. 00.00
	Capacitación a los evaluadores internos	S/. 00.00
	Elaboración del Plan y designación de líder	S/. 00.00
	Designación de responsables por macroproceso	S/. 00.00
	Aprobación del Plan de autoevaluación	S/. 00.00
	Difusión del Plan de autoevaluación	S/. 00.00
Realizar la Autoevaluación	Difusión del proceso de autoevaluación	S/. 00.00
	Reunión de análisis de las fuentes de verificación de los criterios de acreditación con el equipo de evaluadores internos y responsables de macroprocesos	S/. 00.00
	Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	S/. 00.00
	Aplicación de la lista de estándares de acreditación	S/. 00.00
Analizar resultados	Procesamiento de datos y análisis de resultados	S/. 00.00
	Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	S/. 00.00
TOTAL		S/. 00.00

Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2024														
		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																
Gestión de Insumos y Materiales																
Gestión de Equipos e Infraestructura	Dra. Teresa Naupari Ruiz															
Procesamiento de datos																
Análisis de resultados																
Elaboración del informe preliminar																
Presentación del informe preliminar																
Revisión y corrección del informe																
Entrega del informe técnico																

**ANEXO N° 07:
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2024 – B**

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	JUN		JUL			RESPONSABLES EVALUADOS
			4	1	2	3		
Dra. Ada Gómez Mendoza	Direccionamiento	CD Eduardo Vasquez Izquierdo						Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
	Gestión de Recursos Humanos	Dra. María Luz Bayona Salcedo						Jefe de la Oficina de Personal
	Gestión de la Calidad	Lic. Zoila Moreno Garrido						Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
	Manejo del Riesgo de la Atención	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz Dra. Rocio Fuentes Rivera Alvarado Lic. Carlos Sayas Baca Lic. Victoria Almeida Vargas						Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Medicina Interna Jefe del Departamento de Enfermería
Dra. Rocio Fuentes Rivera Alvarado	Gestión de Seguridad ante Desastres	Dra. Ada Gómez Mendoza						Coordinador PpR 068 Gestión del Riesgo de Desastres
	Control de la Gestión y Prestación	Lic. Zoila Moreno Garrido						Jefe del Departamento de Especialidades Médicas
	Atención Ambulatoria	Dra. Rosa Ampuero Cáceres						Jefe de Departamento de Consulta Externa
	Atención de Hospitalización	Dra. María Luz Bayona Salcedo Dr. Marco Vargas Morales Lic. Carlos Sayas Baca Lic. Victoria Almeida Vargas						Jefe del Departamento de Medicina interna Jefe del Departamento de Cirugía Jefe del Departamento de Enfermería
Dra. Rocio Fuentes Rivera Alvarado	Atención de Emergencia	Dr. Elard Paredes Macedo Lic. Deysi Rojas Quispe						Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock
	Atención Quirúrgica	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz Lic. Deysi Rojas Quispe						Jefe del Departamento de Cirugía Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
	Docencia e Investigación	Lic. Zoila Moreno Garrido Dr. Luis Palma García						Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación

Documento Técnico: Plan de Autoevaluación 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	JUN			JUL			RESPONSABLES EVALUADOS
			4	1	2	3			
Dra. Teresa Ñaupari Ruiz	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Carlos Mascaró Canales Lic. Deysi Rojas Quispe						Jefe del Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia. Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes. Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	
	Admisión y Alta	Lic. Nelly Salas Melo						Jefe de Oficina de Estadística e Informática	
	Referencia y Contrarreferencia	Lic. Nelly Salas Melo						Jefe del Módulo de Referencias y Contrarreferencias	
	Gestión de Medicamentos	Ing. Martín Ruiz Laurel						Jefe del Departamento de Farmacia	
	Gestión de la Información	Lic. María Guadalupe Orrillo Padilla Lic. Yolanda Silva Orbe						Jefe de Oficina de Estadística e Informática	
	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Dra. María Luz Bayona Salcedo Lic. María Guadalupe Orrillo Padilla						Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental Jefe del Departamento de Enfermería	
	Manejo del Riesgo Social	Lic. Nelly Salas Melo						Jefe del Departamento de Servicio Social	
	Nutrición y Dietética	Ing. Martín Ruiz Laurel						Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética	
Lic. Deysi Rojas Quispe	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nelly Salas Melo						Jefe de la Oficina de Logística	
	Gestión de Equipos e Infraestructura	Ing. Martín Ruiz Laurel						Jefe de Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento Jefe de Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria	
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 Específicos 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

P.