



Resolución Directoral

Lima, 05 de diciembre de 2025

VISTO:

El expediente Administrativo con Registro N° 48281-2025, el cual contiene, entre otros documentos, la Nota Informativa N° 216-2025/HNDM/OGC, de fecha 27 de noviembre de 2025, con el que se remite el proyecto de Documento Técnico: Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2025, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

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 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías del proceso para la implementación del 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, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, de fecha 4 de junio de 2007, 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, de fecha 29 de octubre de 2009, 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, de fecha 15 de julio de 2016, 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, con la Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, de fecha 25 de marzo de 2025, se aprobó la Directiva Administrativa N° 375- MINSA/OGPPM-2025: Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos del 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, que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;



Que, con el Informe N° 055-2025-HNDM/OGC, de fecha 27 de noviembre de 2025, 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 2025, 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 2025 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. El documento propuesto cumple con lo estipulado por la normatividad vigente."*;



Que, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a sus atribuciones, remite el Informe N° 131-2025-OEPE-N° 065-EPP-HNDM, de fecha 26 de noviembre de 2025, indicando en el numeral 2, del apartado IV. CONCLUSIONES que: *"El presupuesto estimado para la ejecución de este plan, sería de 0 soles"*, señalando en el numeral 3, del mismo apartado, que *"cada unidad orgánica involucrada en el cierre de las brechas en los estándares de acreditación halladas en la Autoevaluación 2025, elaborará su respectivo plan de mejora que sería financiado con presupuesto de su unidad orgánica, si fuera necesario"*, recomendando que continúe con el trámite para su aprobación;

Que, mediante documento de vistos, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del proyecto del Documento Técnico: Plan de Mejora en Base a los Resultados Obtenidos en la Autoevaluación 2025, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que debe realizarse a través del presente acto resolutivo;

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 Administración, de la Directora Ejecutiva 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;



Resolución Directoral

Lima, 05 de diciembre de 2025

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 2025, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", el que en 57 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 2025, 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;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
M.C. VICTOR RAFAEL GONZALES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL
C.M.P. 27450 - R.N.E. 13977

VRGP/JEVT/amdcyd

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - Oficina de Control Institucional
 - Dirección Ejecutiva de Administración
 - Dirección Ejecutiva de Planeamiento
 - Ofic. Asesoría Jurídica
 - Ofic. Estadística e Informática
 - Archivo

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.	2
II. Finalidad	3
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	9
6.5. Presupuesto	10
6.6. Financiamiento	10
6.7. Acciones de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Plan	10
VII. Responsabilidades	10
VIII. Anexos.	
Anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan Específico	12
Anexo N° 02: Matriz de Programación de Metas Físicas	13
Anexo N° 03: Matriz de Seguimiento de Metas Físicas	14
Anexo N° 04: Matriz de Indicadores del Plan Específico	15
Anexo N° 05: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2025 – A	16
Anexo N° 06: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2025 – B	18
IX. Bibliografía	20



DOCUMENTO TÉCNICO:

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" - 2025

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.

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 la Garantía y Mejora de la Calidad, y la define como el conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, la Garantía y Mejora de la Calidad implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos tales como: Evaluación, monitoreo y toma de decisiones, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Acreditación de los establecimientos y servicios Mejoramiento Continuo de la Calidad entre otros.

La Acreditación está definida como un proceso de evaluación externa, 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 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 establecidos en la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA.

Nuestro Hospital, próximo a cumplir 150 años de funcionamiento, es un establecimiento de tercer nivel de atención, que brinda atenciones a pacientes con patologías complejas y cuenta con muchos equipos de avanzada tecnología, en varios de sus servicios, como el Sistema de Cirugía Robótica "Da Vinci", un resonador magnético modelo Magnetom 3T de última generación, un tomógrafo 3D panorámico-cefalométrico, dermatoscopios, torres de video-endoscopia y otros, que han mejorado nuestro nivel de resolución. Asimismo, se han realizado cuatro trasplantes de médula ósea, hasta la fecha; y nos encontramos acreditados como Hospital Donador-Trasplantador de médula ósea, corazón y riñón. Además, se está desarrollando el proyecto de construcción de una nueva infraestructura para nuestro Hospital. Por todo ello, es necesario que, se realicen todos los esfuerzos, para lograr lo antes posible la acreditación de nuestra institución.

El presente Plan de Autoevaluación se consigna como un instrumento para direccionar los procesos y actividades de la autoevaluación en el marco del proceso de Acreditación del Hospital Nacional Dos de Mayo.



II. FINALIDAD:

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

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el proceso de autoevaluación, mediante la verificación en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" del cumplimiento de los Estándares de Acreditación para establecimientos de salud III-1.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1. Planificar y organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.
- 3.2.2. Realizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.
- 3.2.3. Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan es de cumplimiento obligatorio por los integrantes del Equipo de Acreditación, Equipo de Evaluadores Internos y Responsables de macroproceso, 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° 022-2024-SA: Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las fichas técnicas y los scripts para su aplicación e implementación para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del 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° 028-2025/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2025 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.17. Resolución Directoral N° 009-2025/D/HNDM, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación Institucional 2025 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.18. Resolución Directoral N° 022-2025/D/HNDM, que aprueba el Equipo de Evaluadores Internos 2025 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO:

6.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES:

6.1.1. METODOLOGÍA DE LA AUTOEVALUACIÓN

La metodología utilizada para realizar la autoevaluación, es la establecida en la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" aprobada por Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA.

La mencionada norma establece los siguientes pasos:

- a) Programación de la autoevaluación en el Plan Operativo Institucional.
- b) Conformación del Equipo de Acreditación
- c) Selección de los evaluadores Internos por la Autoridad Institucional.
- d) Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación.
- e) Comunicación del inicio de la Autoevaluación.
- f) Ejecución del Plan de Autoevaluación.
- g) Presentación del Informe de Autoevaluación.



Los estándares de acreditación a evaluar, contienen atributos relacionados a los procesos internos y de servicios que brinda el hospital, referencias normativas y criterios de evaluación en función de 22 macroprocesos que para los Establecimientos del Nivel III-1, como es el caso del Hospital Nacional "Dos de Mayo" son aplicables 21 macroprocesos.

El equipo de Evaluadores Internos de la institución utilizará diversas técnicas de verificación que les permitirán evidenciar y calificar según los criterios de evaluación de la lista de estándares de acreditación como: Verificación/Revisión de documentos, Observación, Entrevistas Muestras, Encuestas Auditorías entre otras.

Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

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

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.

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.

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.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

Auditoria: 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.

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.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

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.

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.

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.

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.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en salud.

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.

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.

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.



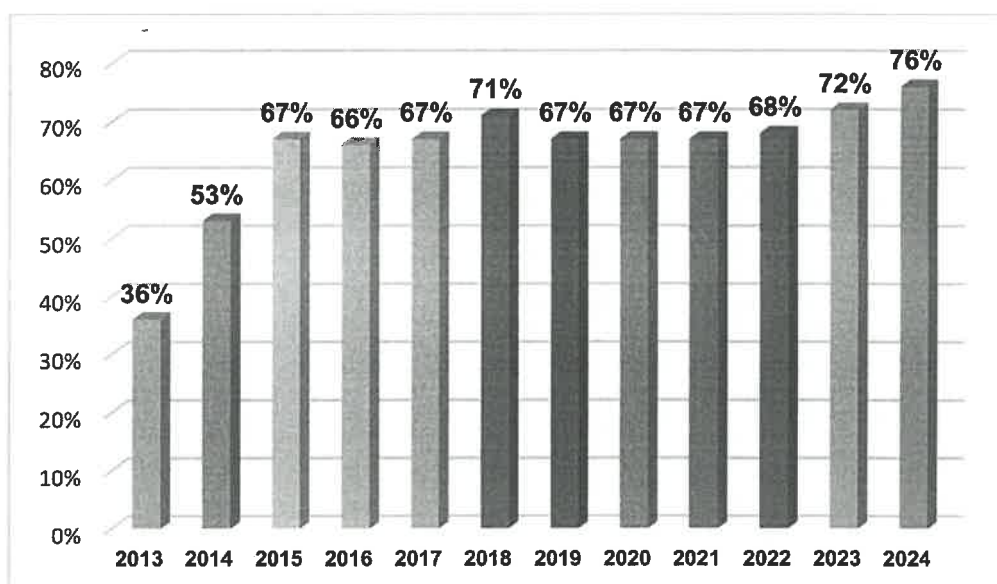
Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, los observadores, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

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”, en su fase de autoevaluación, se está realizando periódicamente desde el año 2013, habiéndose obtenido los siguientes puntajes:



Se debe mejorar y lograr 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

Incumplimiento de estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación, impidiendo que nuestro hospital brinde atenciones con calidad y seguridad a nuestros usuarios.



6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA

- a) Alta rotación de jefaturas, directivos en algunos servicios lo que ocasiona un desconocimiento de los estándares de calidad.
- b) Documentos de gestión del Hospital desactualizados como los manuales de procedimientos entre otros.
- c) La elaboración de Guías de Práctica Clínica o de Procedimientos Asistenciales y/o Técnicos no son de prioridad para los profesionales de los servicios. No hay alicientes (no económicos) para los que elaboren las guías y otros documentos de gestión.
- d) La norma de acreditación data del año 2007 por lo que se trabaja con un listado de estándares cuyas normas legales han sido derogadas o reemplazadas por otras con diferente enfoque o finalidad.
- e) Poco interés de los responsables de los procesos y macroprocesos en supervisar y verificar que se alcancen los estándares de acreditación en sus respectivas áreas.
- f) Alta Dirección no brinda el apoyo suficiente para alcanzar la aprobación de la Autoevaluación.
- g) No se destina presupuesto suficiente para acciones de mejora que permitan cumplir con algunos de los estándares.
- h) Mínimo conocimiento del personal del proceso de la Acreditación y su importancia institucional.
- i) Falta de compromiso en las unidades orgánicas para mejorar el cumplimiento de los estándares de acreditación.

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) Generación de compromiso y motivación de las unidades orgánicas y funcionales con el cumplimiento de los estándares de calidad desde la Dirección General y Dirección Adjunta.
- b) Actualización de los documentos de gestión institucionales.
- c) Involucrar a los Directivos, Jefes de Departamentos, Servicios y Oficinas en la planificación y ejecución del proceso de Autoevaluación.
- d) Realizar cursos de capacitación sobre elaboración de guías de atención y de procedimientos.
- e) Proponer la adopción o adaptación de Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos de instituciones acreditadas, nacionales o extranjeras.
- f) Supervisión permanente de los estándares de acreditación, por parte de un Equipo o Comité ad hoc.
- g) Promover la cultura de calidad en todas las unidades orgánicas y en los trabajadores de la institución.
- h) Gestionar presupuesto suficiente para realizar las acciones de mejora requeridas para cumplir con los estándares.
- i) Realizar reconocimiento al personal, servicio, departamento que alcancen cumplir con todos los estándares de su macroproceso.



6.3. ARTICULACION ESTRATEGICA AL PEI, ARTICULACION OPERATIVA AL POI

Este documento articula con el Plan Estratégico Institucional (PEI) del Ministerio de Salud 2025-2030, en el Objetivo Estratégico Institucional 03 (OEI.03) "Contribuir al acceso a Servicios de Salud eficaces y de calidad de la población del país". Asimismo, articula con la Actividad Estratégica Institucional 03.08 (AEI.03.08) Programa de mejoramiento continuo de la calidad de las atenciones en salud, eficientes, oportunas y sostenibles, en los servicios de salud.

Se articula con el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 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: Planificar y organizar el proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.

- Conformación del Equipo de Acreditación. El cual estará integrado por cada uno de los jefes de los departamentos y oficinas del establecimiento. El equipo de acreditación contara con un coordinador elegido por sus miembros y el equipo es designado mediante Resolución Directoral.
- Conformación de Evaluadores Internos. El Equipo de Evaluadores internos, realizan la autoevaluación en los límites del establecimiento donde laboran, aplicando los estándares de acreditación, el equipo es designado mediante Resolución Directoral.
- Capacitación a los Evaluadores Internos respecto al procedimiento a seguir y en la correcta aplicación de los instrumentos a utilizar.
- Elaboración del Plan de autoevaluación para la acreditación institucional y Designación de Líder.
- Designación de responsables por Macroproceso. Los responsables de macroproceso, realizan la recopilación de las fuentes auditables e interactúan con los evaluadores internos durante la visita de evaluación.
- Aprobación del Plan de autoevaluación para la acreditación institucional mediante Resolución Directoral.

OE2: Realizar el proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.

- Difusión del Plan de Autoevaluación para la acreditación institucional y su proceso de implementación.
- Reunión del equipo de Evaluadores Internos y Responsables de Macroprocesos para el análisis de las fuentes de verificación de los criterios y estándares de la autoevaluación.
- Comunicación del Inicio de la Autoevaluación para la acreditación institucional.
- Aplicación de la Lista de Estándares de Acreditación.



OE3: Analizar los resultados generados por el proceso de Autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.

- Procesamiento de Datos y Análisis de Resultados.
- Elaboración del Informe del Proceso de Autoevaluación para la acreditación institucional.
- Elaboración de planes de acción en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional con cada Oficina/ Departamento/Equipo/Grupo responsable.

El Anexo N° 02, muestra la Matriz de programación de Metas Físicas, donde se indican las metas, unidades de medida, el cronograma y los responsables

En el Anexo N° 03, muestra la Matriz de seguimiento de metas físicas.

En el Anexo N° 04, muestra la Matriz de Indicadores que permitirán la evaluación de los objetivos.

En el Anexo N° 05, muestra el Cronograma de actividades para la autoevaluación 2025 – A.

En el Anexo N° 06, muestra el Cronograma de actividades para la autoevaluación 2025 – B.

6.5. PRESUPUESTO

El presupuesto estimado es "Cero soles", pues muchas actividades ya tienen presupuesto en diferentes Departamentos, Servicios y/o Oficinas, 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.
- d) Los responsables de macroproceso son los encargados de la recopilación de la información que sustente el cumplimiento del estándar.



- e) Las funciones del Equipo de Acreditación serán promover la difusión del Listado de Estándares y coordinar las acciones del proceso de acreditación a ser realizado por el personal del establecimiento de salud.

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		
Objetivo Estratégico Institucional 03 (OEI.03) "Contribuir al acceso a Servicios de Salud eficaces y de calidad de la población del país".	Actividad Estratégica Institucional 03.08 (AEI.03.08) Programa de mejoramiento continuo de la calidad de las atenciones en salud, eficientes, oportunas y sostenibles, en los servicios de salud.	AOI00014400760: 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	Realizar el proceso de autoevaluación, mediante la verificación en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" del cumplimiento de los Estándares de Acreditación para establecimientos de salud III-2.	Planificar y organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.
							Realizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.
							Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.



ANEXO N° 02:

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: Planificar y organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	A1.1: Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1				1	Dirección General
	A1.2: Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1				1	Dirección General
	A1.3: Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20				20	Oficina de Gestión de la Calidad
	A1.4: Elaboración del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y designación de líder	Lista de asistencia	1				1	Evaluadores Internos
	A1.5: Designación de responsables por macroproceso	Listado	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A1.6: Aprobación del plan de autoevaluación para la acreditación institucional.	Resolución directoral	1				1	Dirección General
OE.2: Realizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	A2.1: Difusión del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y su proceso de implementación	Correo electrónico Página web		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A2.2: 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			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A2.3: Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A2.4: Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación		21			21	Oficina de Gestión de la Calidad
OE.3: Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.	A3.1: Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA			1		1	Líder de los Evaluadores Internos
	A3.2: Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A3.3: Elaboración de plan de acción en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional con cada oficina/departamento/equipo/grupo responsable.	Plan				1	1	Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 03:
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FÍSICAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS			
			I SEMESTRE		II SEMESTRE	
			Programado		Programado	ANUAL
OE.1: Planificar y organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	A.1: Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1	0	1	1
	A.2: Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1	0	1	1
	A.3: Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20	0	20	20
	A.4: Elaboración del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y designación de líder	Lista de asistencia	1	0	1	1
	A.5: Designación de responsables por macroproceso	Listado	1	0	1	1
	A.6: Aprobación del plan de autoevaluación para la acreditación institucional.	Resolución directoral	1	0	1	1
OE.2: Realizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	A.7: Difusión del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y su proceso de implementación	Correo electrónico Página web	1	0	1	1
	A.8: 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	1
	A.9: Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio	1	0	1	1
	A.10: Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	21	0	21	21
OE.3: Analizar los resultados generados por el proceso de autoevaluación para determinar fortalezas y procesos susceptibles de mejora institucional.	A.11: Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA	0	1	1	1
	A.12: Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe	0	1	1	1
	A.13: Elaboración de plan de acción en base a los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional con cada oficina/departamento/equipo/grupo responsable.	Plan				



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				
O.G: Realizar el proceso de autoevaluación, mediante la verificación en el Hospital Nacional “Dos de Mayo” del cumplimiento de los Estándares de Acreditación para establecimientos de salud III-2.	Porcentaje del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud.	Resultado del proceso de autoevaluación para la acreditación	Porcentaje	80%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad Departamentos y Oficinas.



ANEXO N° 05:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2025 – A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2025											
		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. Donatila Avila Chavez												
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	Dra. Teresa Naupari Ruiz												
Atención Ambulatoria													
Atención de Hospitalización													
Atención de Emergencia													
Atención Quirúrgica													
Docencia e Investigación	Lic. Deysi Rojas Quispe												
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento													
Admisión y Alta													
Referencia y Contrareferencia													
Gestión de Medicamentos													
Gestión de la Información													



ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2025											
		ENE	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGS.	SET.	OCT.	NOV	DIC
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Dra. Donatila Avila Chavez												
Manejo del Riesgo Social													
Nutrición y Dietética													
Gestión de Insumos y Materiales													
Gestión de Equipos e Infraestructura													
Procesamiento de datos	Dra. Teresa Nauparl Ruiz												
Análisis de resultados													
Elaboración del informe preliminar													
Presentación del informe preliminar													
Revisión y corrección del informe													
Entrega del informe técnico													
Elaboración de plan de acción													



ANEXO N° 06:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2025 – B

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	MAY			JUN			RESPONSABLES EVALUADOS
			4	1	2	3			
Dra. Donatila Avila Chavez	Direccionamiento	Dra. Donatila Avila Chavez							Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
	Gestión de Recursos Humanos	Dra. Donatila Avila Chavez							Jefe de la Oficina de Personal
	Gestión de la Calidad	Dra. Donatila Avila Chavez							Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
	Manejo del Riesgo de la Atención	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz Lic. María Orrillo Padilla Lic. Christian Huasupoma Soriano 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 Bayona Salcedo Lic. Christian Huasupoma Soriano							Coordinador PpR 068 Gestión del Riesgo de Desastres
Dra. Teresa Ñaupari Ruiz	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Donatila Avila Chavez							Jefe del Departamento de Especialidades Médicas
	Atención Ambulatoria	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz							Jefe de Departamento de Consulta Externa
	Atención de Hospitalización	Dra. María Bayona Salcedo Dra. Teresa Ñaupari Ruiz Lic. Anna Solis Ferreyra Lic. Victoria Almeida Vargas							Jefe del Departamento de Medicina interna Jefe del Departamento de Cirugía Jefe del Departamento de Enfermería
	Atención de Emergencia	Dr. Edwin Damian Bello Lic. Deysi Rojas Quispe Lic. Anna Solis Ferreyra							Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock
	Atención Quirúrgica	Dr. Carlos Mascaro Canales Lic. Deysi Rojas Quispe							Jefe del Departamento de Cirugía Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
Dra. Teresa Ñaupari Ruiz	Docencia e Investigación	Lic. Zoila Moreno Garrido Lic. Deysi Rojas Quispe							Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación



RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	MAY			JUN			RESPONSABLES EVALUADOS
			4	1	2	3			
Lic. Deysi Rojas Quispe	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Dr. Elard Paredes Macedo 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	Dra. Donatila Avila Chavez							Jefe de Oficina de Estadística e Informática
	Referencia y Contrarreferencia	Lic. Nelly Salas Melo							Jefe del Módulo de Referencias y Contrarreferencias
	Gestión de Medicamentos	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz							Jefe del Departamento de Farmacia
	Gestión de la Información	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz							Jefe de Oficina de Estadística e Informática
Dra. Donatila Avila Chavez	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	Dra. Teresa Ñaupari Ruiz							Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética
	Gestión de Insumos y Materiales	Lic. Nelly Salas Melo							Jefe de la Oficina de Logística
	Gestión de Equipos e Infraestructura	Dra. Donatila Avila Chavez							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
4. Moisés Apolaya-Segura, Andrea Ruiz-Velit. Acreditación de establecimientos de salud en el Perú cada vez una necesidad imperiosa. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2017. Vol. 10 (Núm. 2).

