



# Resolución Directoral

Lima, 10 de ABRIL de 2026

## VISTO:

El expediente administrativo Registro N° 09371-2026, que contiene, entre otros, el Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo" – 2026;

## CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece 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 Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo el cual tiene como 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, mediante el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se resuelve aprobar la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual tiene como finalidad 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;

Que, el numeral 1 del numeral V de la precitada norma estipula lo siguiente: "El proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa", asimismo, el numeral 4 de la disposición "Procedimientos para el proceso de Acreditación" del numeral VI de la precitada norma, estipula lo siguiente: "Los evaluadores internos formulan el plan de autoevaluación, el cual debe ser aprobado por autoridad institucional";

Que, mediante el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", el cual tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedores de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", la cual tiene como 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, el numeral 6.1 del numeral VI de la precitada norma define la autoevaluación como "La fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud





cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, quienes hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categorías I-1 hasta el III-2 y Servicios Médicos de Apoyo y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento"; y, asimismo, indica en el literal c) que: "[...] Los miembros del equipo eligen a su líder por consenso. Antes de aplicar la evaluación el equipo debe asegurarse de haber recorrido las instalaciones del establecimiento de salud en su totalidad";



Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó el Documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;



Que, el cuarto párrafo del literal a) del numeral 6.1.4. del citado Documento Normativo define el Documento Técnico conforme a lo siguiente: "Se consideran Documentos Técnicos aquellos que abordan aspectos como "Doctrinas", "Lineamientos de Políticas", "Sistema de Gestión de la Calidad", "Planes (de diversa naturaleza)", "Manuales", entre otros. [...]";



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, siguiendo los literales d) y e) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, se asigna como competencia y funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional "Dos de Mayo" lo siguiente: "Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de control de la calidad en los diferentes servicios del Hospital e informar a la Dirección de Salud" y "Asesorar en el desarrollo de la autoevaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud";

Que, mediante el artículo 1° de la Resolución Directoral N° 030-2026/D/HNDM, de fecha 28 de enero de 2026, se resuelve conformar el Equipo de Evaluadores Internos – 2026, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, con ACTA DE REUNIÓN – REUNIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN 2026, se deja constancia que el día 18 de febrero de 2026 se reunieron los miembros del Equipo de Evaluadores Internos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" con el objetivo de desarrollar la siguiente agenda: "Elaboración y aprobación del Plan de autoevaluación para la acreditación en salud 2026", asimismo, se observa en los documentos adjuntos a dicha acta que el proyecto de Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación para la acreditación del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2026" fue socializado entre los miembros del Equipo, otorgando los mismos su conformidad vía correo electrónico;

Que, el Proyecto de Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo" – 2026, tiene como finalidad mejorar la calidad de la atención en los servicios que brinda el Hospital Nacional "Dos de Mayo" y, como 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;

Que, mediante Informe N° 007-2026-EPP-OEPE-HNDM, de fecha 3 de marzo de 2026, la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Planes y Programas, concluye que la estructura del Documento Técnico: Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo" – 2026 cumple con la normativa vigente, por lo que recomienda continúe con su trámite para ser aprobado mediante acto resolutivo;



# Resolución Directoral

Lima, 10 de ABRIL de 2026

Que, mediante Informe N° 036-2026-OEPE-EP-029-HNDM, de fecha 12 de marzo de 2026, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico señala que "el presupuesto estimado para ejecutar el presente plan, es de "cero soles", porque las actividades ya tienen presupuesto en sus respectivas UPS y UPSS y no necesitaría gasto adicional"; con lo cual concluye que "el Plan resulta viable y para su ejecución y desarrollo no irrogan gastos adicionales al presupuesto institucional; en tal sentido se emite opinión técnica favorable para su aprobación";

Que, mediante Informe N° 018-2026-HNDM/OGC, de fecha 31 de marzo de 2026, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional "Dos de Mayo" concluye que el Proyecto de Documento Técnico: "Plan de Autoevaluación para la Acreditación del Hospital Nacional "Dos de Mayo" – 2026" cumple con lo estipulado por la normativa vigente; y, recomienda que sea aprobado mediante acto resolutivo;

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Director Ejecutivo de la Oficina 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 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° 257-2026/MINSA, de fecha 20 de marzo de 2026, 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 AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" - 2026**, el mismo que consta de un total de diecinueve (19) páginas, y forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.** - Disponer que, la Oficina de Gestión de la Calidad, en su calidad de unidad orgánica competente, informe los avances del cumplimiento de las actividades del Documento Técnico aprobado en el artículo 1° de la presente resolución, de manera trimestral, semestral y anual, a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

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

ERAH/MADLG/amdcyd  
C.C.  
-Dirección General.  
-Órgano de Control Institucional  
-Oficina Ejecutiva de Administración  
-Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico  
-Oficina de Gestión de la Calidad  
-Oficina de Asesoría Jurídica  
-Oficina de Estadística e Informática  
-Archivo.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
M.C. ELIAS RODRIGO ALIAGA HERRERA  
Director General  
CMP. N° 26250 RNE. N° 16344

**DOCUMENTO TÉCNICO:  
PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN  
DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" - 2026**

**ÍNDICE**

		<b>Pág.</b>
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 del Proceso de Acreditación en Salud	6
	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. Seguimiento del Plan (Seguimiento y Monitoreo)	9
	6.8. Indicadores por objetivo general y específicos	9
	6.9. Evaluación del Plan	10
VII.	Responsabilidades	10
VIII.	Anexos.	
	Anexo N° 01: Matriz de Programación de Metas Físicas	11
	Anexo N° 02: Matriz de Seguimiento y Evaluación de Metas Físicas	12
	Anexo N° 03: Matriz de Indicadores del Plan	13
	Anexo N° 04: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2026 – A	14
	Anexo N° 05: Cronograma de actividades para la autoevaluación 2026 – B	16
IX.	Bibliografía	18



*[Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like 'Miguel', 'VUP', 'MS', 'C. G.', and 'NAVARI']*

## 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 151 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 trasplantes de médula ósea, trasplante cardíaco y trasplante renales; 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. 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".
- 5.2. Decreto Supremo N° 021-2025-SA: Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2026, 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.
- 5.3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.4. 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"
- 5.5. 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".
- 5.6. Resolución Ministerial. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 5.7. Resolución Directoral N° 400-2010/D/HNDM, que aprueba el Manual de Procedimientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- 5.8. Resolución Directoral N° 257-2025/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".





**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.

### 6.1.2. 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 HNDM 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.

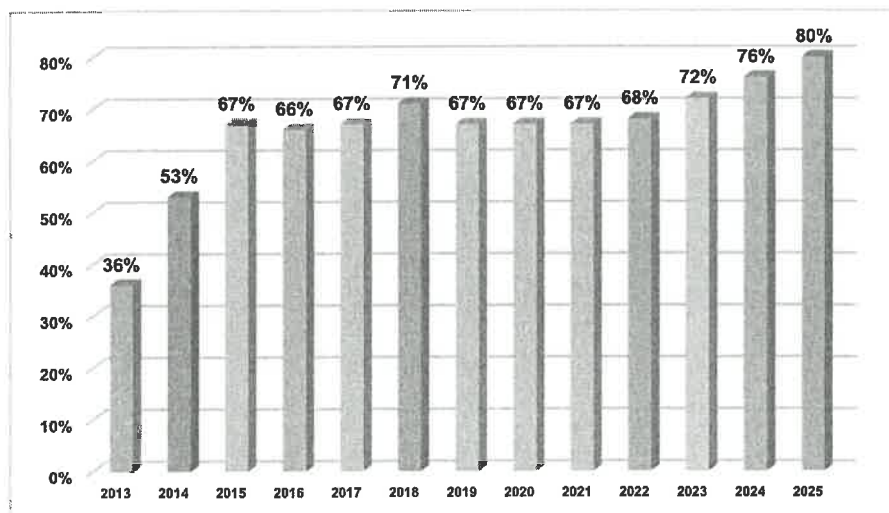
Los siguientes constituyen los Macroprocesos, estándares y criterios a evaluar en el Hospital Nacional "Dos de Mayo".

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
<b>TOTAL</b>		<b>70</b>	<b>342</b>

## 6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN 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.
- d) No existe personal capacitado para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica (Metodología Grade u otra)
- e) 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.
- f) 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.
- g) Alta Dirección no brinda el apoyo suficiente para alcanzar la aprobación de la Autoevaluación.
- h) No se destina presupuesto suficiente para acciones de mejora que permitan cumplir con algunos de los estándares.
- i) Mínimo conocimiento del personal del proceso de la Acreditación y su importancia institucional.
- j) Falta de compromiso en las unidades orgánicas para mejorar el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- k) Cultura de calidad escasa en los trabajadores de la institución.

### 6.2.4. POBLACION OBJETIVO

Son los jefes y personal de 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 GPC y GPT de instituciones acreditadas, nacionales o extranjeras.



- f) Conformar Comité *ad hoc* que supervise periódicamente (mensual, trimestral) el cumplimiento de los estándares de acreditación y el avance de los planes de mejora formulados en base a los resultados de la Autoevaluación.
- 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) 2025-2030 del Ministerio de Salud, en el Objetivo Estratégico Institucional 06 (OEI.06): "Fortalecer la Implementación de los Esquemas de Modernización en el Ministerio de Salud". Asimismo, articula con la Acción Estratégica Institucional 06.02 (AEI.06.02): Gestionar por procesos fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del MINSA.

Se articula con el Plan Operativo Institucional Multianual (POIM) 2026-2028 del Hospital Nacional "Dos de Mayo", en la Actividad Operativa AOI00014400760 Acciones para el fortalecimiento de 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° 01 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. SEGUIMIENTO DEL PLAN (MONITOREO Y SUPERVISIÓN)**

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará el monitoreo y supervisión 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.

**6.8. INDICADORES POR OBJETIVO GENERALES Y ESPECIFICOS**

Se muestra en el anexo N° 03: Matriz de indicadores



## 6.9. EVALUACIÓN DEL PLAN

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la 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 PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			Primer Semestre		Segundo Semestre		Meta Física Anual	
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre		
OE.1: Planificar y organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	A.1.1: Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1				1	Dirección General
	A.1.2: Conformación del Evaluadores Internos	Resolución directoral	1				1	Dirección General
	A.1.3: Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20				20	Oficina de Gestión de la Calidad
	A.1.4: Elaboración del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y designación de líder	Lista de asistencia – Acta	1				1	Evaluadores Internos
	A.1.5: Designación de responsables por macroproceso	Listado	1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A.1.6: 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.	A.2.1: 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
	A.2.2: 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
	A.2.3: Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio		1			1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A.2.4: 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.	A.3.1: Procesamiento de datos y análisis de resultados	Datos en Aplicativo MINSA			1		1	Lider de los Evaluadores Internos
	A.3.2: Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe			1		1	Oficina de Gestión de la Calidad
	A.3.3: 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.	Resolución Directoral				1	1	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General



Handwritten signatures and initials in blue ink are present at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.

ANEXO N° 02:

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FISICAS

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS				
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		ANUAL
			Programado	Programado	Programado	Programado	
OE.1: Planificar y organizar el proceso de autoevaluación para la acreditación institucional.	A.1: Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución directoral	1			1	
	A.2: Conformación del Evaluadores internos	Resolución directoral	1			1	
	A.3: Capacitación a los evaluadores internos	Persona capacitada	20			20	
	A.4: Elaboración del plan de autoevaluación para la acreditación institucional y designación de líder	Lista de asistencia	1			1	
	A.5: Designación de responsables por macroproceso	Listado	1			1	
	A.6: Aprobación del plan de autoevaluación para la acreditación institucional.	Resolución directoral	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			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			1	
	A.9: Comunicación del Inicio de la Autoevaluación	Oficio	1			1	
	A.10: Aplicación de la lista de estándares de acreditación	Hojas de registro de datos para autoevaluación	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		1		1	
	A.12: Elaboración del informe del proceso de autoevaluación	Informe		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		1		1	



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the top right and several smaller ones below, likely representing the responsible parties for the plan's execution.

**ANEXO N° 03:  
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	82%	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad Departamentos y Oficinas.



Handwritten signatures in blue ink, including names like 'Cecilia', 'Miguel', and 'Miguel'.

ANEXO N° 04:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2026 - A

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA DE EJECUCION AÑO 2026																
		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	Dra. 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																		
<b>Macroprocesos</b>																		
Direccionamiento	Lic. Deysi Rojas Quispe																	
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	Dra. Teresa Naupari Ruiz																	
Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento																		
Admisión y Alta																		
Referencia y Contrareferencia																		
Gestión de Medicamentos																		
Gestión de la Información	Lic. Deysi Rojas Quispe																	



Handwritten signatures in blue ink are present along the right side of the page, including a large signature at the bottom left and several smaller ones above it.



ANEXO N° 05:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACION 2026 – B

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	JUN		JUL		RESPONSABLES EVALUADOS
			3	4	1	2	
Lic. Deysi Rojas Quispe	Direccionamiento	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
	Gestión de Recursos Humanos	Dra. Teresa Naupari Ruiz					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. María Bayona Salcedo.					Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
		Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe del Departamento de Medicina Interna
		Lic. María Orrillo Padilla					Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
		Lic. Jack Cotera Ruiz					Jefe del Departamento de Enfermería
	Gestión de Seguridad ante Desastres	Lic. Victoria Almeida Vargas					Jefe de Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento
		Dra. María Bayona Salcedo Lic. Wildor Herrera Guevara					Coordinador PpR 068 Gestión del Riesgo de Desastres
	Control de la Gestión y Prestación	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe del Departamento de Especialidades Médicas Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
Atención Ambulatoria	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe de Departamento de Consulta Externa	
Atención de Hospitalización	Dra. María Bayona Salcedo.					Jefe del Departamento de Medicina interna	
	Dra. Teresa Naupari Ruiz					Jefe del Departamento de Pediatría	
	Lic. María Orrillo Padilla					Jefe del Departamento de Cirugía	
	Lic. Jack Cotera Ruiz					Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia	
Atención de Emergencia	Lic. Victoria Almeida Vargas					Jefe del Departamento de Enfermería	
	Dr. Edwin Damian Bello Lic. Nelly Leon Reyes					Jefe del Servicio de Emergencia y Trauma Shock Jefe del Servicio de Pediatría y Emergencia Pediátrica Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia	
Atención Quirúrgica	Dr. Carlos Mascaró Canales Lic. María Jaramillo Zavaleta					Jefe del Departamento de Cirugía Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.	
Docencia e Investigación	Dr. Elard Paredes Macedo Lic. Deysi Rojas Quispe					Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación	

Handwritten signatures and stamps are present at the bottom of the page. A circular stamp from the Hospital Nacional "Dos de Mayo" is visible, along with several individual signatures in blue ink.

RESPONSABLE POR SUB EQUIPO	MACROPROCESOS	EQUIPOS DE EVALUADORES INTERNOS	JUN			JUL		RESPONSABLES EVALUADOS
			3	4	1	2		
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. Teresa Ñaupari Ruiz					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. Teresa Ñaupari Ruiz	Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	Dra. María Luz Bayona Salcedo Lic. Marta 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. Teresa Ñaupari Ruiz					Jefe de Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento Jefe de Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria	

EVALUADOR LIDER: Dra. TERESA ÑAUPARI RUIZ














## IX. BIBLIOGRAFIA

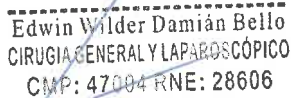
1. Moisés Apolaya-Segura, Andrea Ruiz-Velit. Acreditación de establecimientos de salud en el Perú cada vez una necesidad imperiosa. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2017. Vol. 10 (Núm. 2).



**M.C. Teresa Catherine Ñaupari Ruiz**  
Médico Cirujano  
CMP: 48765 - RNA: A04020



**M.C. María Luz Bayona Salcedo**  
Médico Cirujano  
CMP: 19102 - RNE: 13569 - RNA: A04333



Edwin Wilder Damián Bello  
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCÓPICO  
CMP: 47004 RNE: 28606

**M.C. Edwin Wilder Damián Bello**  
Médico Cirujano  
CMP: 47004 - RNE: 28606



**M.C. Carlos Mascaro Canales**  
Médico Cirujano  
CMP: 46922 - RNE: 21556



ELARD J. PAREDES MACEDO  
CIRUJANO GENERAL  
CMP: 51838 RNE: 27259

**M.C. Elard Johannes Paredes Macedo**  
Médico Cirujano  
CMP: 51838 - RNE: 27259



**C.P.C. Nelly Libertad Salas Melo**  
Contador



**Lic. T.M. Deyysi Yanet Rojas Quispe**  
Tecnólogo Médico  
CTMP: 5761

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
Dra. Obst. ZOILA ROSA MORENO GARRIDO  
Jefe del Servicio de Obstetricias  
COP. 003272

**Lic. Zoila Moreno Garrido**  
Obstetra  
COP: 003272



**Lic. Victoria Almeida Vargas**  
Obstetra  
COP: 13515

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
LIC. M. GUADALUPE ORRILLO PADILLA  
SUPERVISORA DEL DPTO. DE ENFERMERIA  
CEP 47306 RNE 5514

**Lic. María Guadalupe Orrillo Padilla**  
Licenciado de Enfermería  
CEP: 47306 - REE: 5514



---

**Lic. Jack Rudolf Cotera Ruiz**  
Licenciado de Enfermería  
CEP: 41003



---

**Lic. Wildor Herrera Guevara**  
Licenciado de Enfermería  
CEP: 44050 – REE: 7528



---

**Lic. Nelly Isabel León Reyes**  
Licenciado de Enfermería  
CEP: 29980



---

**Lic. María Teresa Jaramillo Zavaleta**  
Licenciado de Enfermería  
CEP: 26958 – REE: 1872