



Resolución Jefatural

Visto el Acta del Comité de Gestión N° 0002 -2025 de Fecha 27 de enero del 2025, La Jefatura de la Microred Mariscal Castilla, dispone que se apruebe el **Plan de Autoevaluación acreditación en Salud de la Microred Mariscal Castilla, para el periodo 2025.**

CONSIDERANDO:



Que la Ley N°26842 Ley General de Salud, determina que es de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona ó institución que los provea y que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables seguridad, oportunidad y calidad.



Que por Ley N°27657, de fecha 29 de enero del 2002, se aprueba la Ley del Ministerio de Salud, cuya finalidad es lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la salud.

Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprueba el Sistema de Atención de la Calidad en la Atención de Salud.

Que por R.M.N° 640-2006/MINSA-SA se aprobó el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Qué, mediante R.M.N°456-2007/MINSA del 04 de junio del 2007 se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Apoyo la misma que establece sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo.

Qué, por R.M.N°468-2011/MINSA se aprobó la Guía Técnica "Guía para la Evaluación del usuario externo" de conformidad con la Ley N° 27867- Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria Ley N° 27902, Ley 32 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2025 y según Decreto Ley N° 22867 Desconcentración Administrativa, Ordenanza Regional N°10-2007-Arequipa, que aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional de Arequipa y la O.R.N°044-2008-Arequipa que aprueba el desarrollo de la estructura organizacional de la Gerencia Regional de Salud Arequipa – Red de Salud Arequipa-Caylloma.

Con la opinión favorable del Jefe de la Micro Red Mariscal Castilla

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º Aprobar el Plan de Autoevaluación y Acreditación en Salud , para el periodo 2025 de la Microred Mariscal Castilla.

ARTÍCULO 2º Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente Resolución.

Dada en la sede de la Micro red Mariscal Castilla a los (29) días del mes de enero del dos mil veinticinco.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

MICRORED MARISCAL CASTILLA

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

FORMULACIÓN DEL PLAN

OPERATIVO

**RESPONSABLE PS. SOLEDAD EYZAGUIRRE
ACHAHUANCO**

2025

INDICE

- 1. INTRODUCCION**
- 2. ANTECEDENTES (AMBITO DE ALCANCE)**
- 3. BASE LEGAL**
- 4. OBJETIVOS**
- 5. LINEAS DE ACCION**
- 6. MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**
- 7. PRESUPUESTO**

I.

INTRODUCCIÓN

La calidad en salud está íntimamente asociada a los valores del ser humano por el rol que desempeña en la salud física y mental de las personas. Es así que el marco de los lineamientos de política del Sector Salud, La Red Arequipa Caylloma considera fundamental mejorar la calidad de atención de los establecimientos de salud con el fin de fortalecer los esfuerzos y estrategias que se vienen implementando en los servicios de salud y orientar su desarrollo en el marco de una propuesta integral de calidad.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda un gran reto en la gestión del sector no solo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales, sino porque en el eje de todos los procesos de salud, se encuentra la vida de las personas cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación. Por lo que la mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud. La lucha por la Calidad en salud es por estas consideraciones una gesta que une a todos los actores del proceso en apoyar este esfuerzo.

En este marco la Organización Mundial de la Salud – OMS, para la evaluación de los logros de los sistemas de salud establece tres objetivos intrínsecos de todo sistema: la mejoría del estado de salud de la población, la equidad financiera y la satisfacción de las expectativas de los usuarios. A este último objetivo, la OMS lo ha denominado la Capacidad de Respuesta del Sistema. La Capacidad de Respuesta es más que un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, que se refleja en resultados sanitarios; sino que comprende el desempeño del sistema en relación con aspectos como la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información entre otros atributos de calidad en la atención, que establece el Sistema de Gestión de la Calidad en salud cuyo desarrollo viene impulsando el Ministerio de Salud. Sin embargo, aún se requiere fortalecer los esfuerzos que se vienen desarrollando para su implementación en las entidades prestadoras de salud que permita mostrar evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención y que estas sean percibidas con satisfacción por la población, y las propias instituciones. Al Ministerio de Salud, en cumplimiento del rol rector en el sector salud y en un marco de descentralización del país, le corresponde establecer los criterios mínimos de desempeño que permitan garantizar la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud del país.

El sistema de Gestión de la Calidad, de la Microred Mariscal Castilla, a través de su comité de gestión de la calidad, concretará acciones necesarias para mejorar los procesos de calidad y obtener resultados en todos sus establecimientos de salud de su jurisdicción, buscando articular los esfuerzos de las instituciones y la población para construir un sistema de salud moderno, efectivo y eficiente y sobre todo humano, ya que Calidad significa ofrecer los mejores beneficios a los usuarios con la menor cantidad de riesgos, y a la mayor cantidad de personas, con los recursos disponibles en cada establecimiento.

Es así que se deben implementar y operativizar procesos como el de Auditoría, Acreditación, Lavado de manos, seguridad del paciente, rondas de seguridad, sin restar acciones en Satisfacción del usuario externo, Proyectos de Mejora Continua. para obtener resultados de mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud.

II. 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.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del Sector Salud, a través de la generación de una Cultura de Calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos en Microred Mariscal Castilla en el periodo 2025.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- OE 1.- Fortalecer el Proceso de Acreditación de establecimientos de salud en el ámbito de la Microred Mariscal Castilla.
- OE 2.- Implementar el Proceso de Auditoria de la Calidad en Salud en base a la nueva normativa. Así mismo, rediseñar el proceso de evaluación de registro de Historias Clínicas.
- OE 3.- Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud mediante la implementación de Rondas de Seguridad para evitar las incidencias de Eventos Adversos detectando previamente los incidentes presentados en las IPRESS.
- OE 4.- Determinar el nivel de Satisfacción del usuario externo como indicador de la calidad el proveedor y proponer acciones de mejora. Fortaleciendo el estudio de tiempo de espera.
- OE 5.- Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad u acciones de mejora continua en base a los resultados obtenidos en las mediciones realizadas
- OE 6.- Promover la participación de los usuarios internos y externos estableciendo una alianza con el paciente y su familia a través de la difusión de deberes y derechos de los usuarios.
- OE 7.- Implementar el proceso de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- OE 8.- Participar en la Resolución de quejas y reclamos, con intervención en acciones de mejora, con la finalidad de evitar vuelva a ocurrir el mismo reclamo.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

La Red de Salud Arequipa Caylloma, es la encargada de brindar asesoría técnica, regular la organización, el funcionamiento y desarrollo de las actividades programadas facilitando los procesos de las IPRESS de su jurisdicción, promoviendo y adecuando nuevos modelos y tecnologías de gestión sanitaria, fortaleciendo las capacidades y competencias técnicas de sus recursos humanos, implementando acciones de prevención y promoción para lograr mejorar las condiciones de vida en la población y en especial a la de menores recursos o más desprotegida. La Microred Mariscal Castilla cuenta con una población de 48857 habitantes aproximadamente que significan el .12 % de la población regional. Organizada en 4 IPRESS de salud, dentro de los cuales se encuentra 2 IPRESS con nivel I-3, (C.S. M. Castilla, C.S. Semirural Pachacutec) una IPRESS Nivel I-2 (P.S. José Santos Atahualpa) y una IPRESS Nivel I-1 (P.S. El Cural) sobre las cuales ejerce autoridad, y supervisión.

DATOS	N°
Población Estimada	48857
N° de Micro Redes	01
N° de IPRESS	04

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS POR NIVELES

NIVEL	N°
I - 1	01
I - 2	01
I - 3	02
I - 4	00
TOTAL	04

V. BASE LEGAL:

Ley N° 26842, Ley general de Salud.

Ley N° 27657, Ley del ministerio de Salud.

DS N° 023-2005 -SA – Reglamentación de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Ley N° 27783, Ley de Bases de la descentralización.

Ley N° 27867, Ley Organiza de Gobiernos Regionales.

Ley N° 27972, Ley organiza de las Municipalidades.

DS N° 023-2005 -SA – Reglamentación de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

R.M. N°676-2006/MINSA, Plan Nacional para la Seguridad del Paciente

Resolución Ministerial N° 519 – 2006 MINSA- Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 640 – 2006 MINSA- SA Manual para la Mejorar Continua de la Calidad.

Resolución Ministerial N° 589 – 2007 MINSA- Plan Nacional concertado de Salud.

Resolución Ministerial N° 596 – 2007 MINSA- Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 143 – 2008 MINSA- Comité Técnico de Clima Organizacional.

Resolución Ministerial N° 468 – 2011 MINSA- Metodología para el estudio del clima organizacional.

Resolución Ministerial N° 527– 2011 MINSA- Guía técnica para la evaluación del usuario externo.

Resolución Ministerial N° 1021– 2010 MINSA- Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

VI. CONTENIDO

GARANTIA Y MEJORAMIENTO

Conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y segura, orientándose a la satisfacción del usuario.”

RESULTADOS ALCANZADOS EN LA IMPLEMENTACION DE LOS PLANES DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD EN LOS 3 ULTIMOS AÑOS.

N°	LINEAS DE ACCION	2022	2023	2024	observación
1	Seguridad del Paciente	90%	90%	90%	
	• Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS)	95%	95%	98%	
	• Higiene de Manos	98%	98%	98%	
	• Eventos Adversos	90%	90%	95%	
2	• Aplicativo Rondas de Seguridad	85	90	95%	
3	Auditoria de Historia Clínica	80%	85%	88%	
4	Autoevaluación-acreditación	82%	83%	84%	
5	Satisfacción del Usuario	85%	90%	90%	
6	Tiempo de Espera	92%	95%	95%	
7	Proyectos de Mejora	00	50%	50%	
8	Auditoria de Caso	00	00	00	No se tuvo
9	Rondas de seguridad	85%	88%	90%	

INFORMACION PARA LA CALIDAD

Conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permiten contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos.”

Se ha previsto el desarrollo de instrumentos de medición aplicables a los usuarios en las diferentes etapas de los procesos de atención:

- Encuesta de satisfacción externa.
- Resolución de conformación de comités.
- Cronograma de actividades.
- Mecanismos de orientación e información al usuario.
- Determinación y medición de indicadores de gestión de la calidad.
- Estudio de tiempos de espera.

PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2025

MICRORED MARISCAL CASTILLA

Las estrategias y actividades para implementar el Plan Nacional por la Seguridad del Paciente son las siguientes:

Objetivo Específico 1:

Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientada a la reducción de riesgos en los establecimientos de salud

Actividades

1. Diagnóstico situacional de Cultura de Seguridad del Paciente
2. Incorporarla en Misión, Visión y Valores de las Instituciones
3. Sistema de identificación, Registro, Notificación, Procesamiento y análisis de eventos adversos. Tablero de Indicadores de Seguridad del Paciente

Objetivo Específico 2:

Promover la participación de los usuarios internos y externos: Alianza paciente – familia.

Actividades

1. Gestionar Alianzas con la Sociedad Civil
2. Educación a paciente y familia
3. Alianzas con los Colegios Profesionales

Objetivo Específico 3:

Difundir las Buenas Prácticas de Atención Segura y fomentar el desarrollo de la investigación y gestión del conocimiento

Actividades

1. Capacitar a los profesionales de la salud en el manejo de las herramientas y estandarizar metodologías para la gestión de riesgos y seguridad clínica
2. Adopción de Buenas Prácticas y Herramientas en Gestión de la Seguridad: Alertas
3. Investigación y análisis de eventos centinela
4. Fomentar la Investigación Operativa en Seguridad del Paciente.
5. Diseñar e implementar el estudio de prevalencia de eventos adversos en los EESS.

Objetivo Específico 4:

Implementar Planes de Seguridad para reducir la frecuencia de Eventos Adversos detectados.

1. Con programas de reducción de Eventos adversos, aprendizaje colectivo de errores, trabajo en equipo, procesos definidos de atención, practicas seguras de atención
2. Metodología multimodal de Higiene de Manos y Bacteriemia Zero
3. Lista de Chequeo para: Atención de Parto, Cirugía Bucal, Atención en Tópico: Cirugía menor, Aplicación de Inyectables.
4. Analizar El Indicador del DCI de Buenas Prácticas de Prescripción.

5. Objetivo Específico 4:

Definir Indicadores que permitan medir el avance de las acciones realizadas para fortalecer la Seguridad del paciente en las IPRESS.

VI.- INDICADORES

N°	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Los Establecimientos de Salud registran y notifican Eventos Adversos	Porcentaje de Establecimientos de Salud que registran y notifican Eventos Adversos	$\frac{\text{N° de Establecimientos de Salud que registran y notifican Incidentes y Eventos Adversos}}{\text{Total de Establecimientos de Salud de la DISA/DIRESA/GERESA}} \times 100$	Semestral	Informe/Reporte del aplicativo de reporte de eventos adversos	70%	R.M. N°676-2006/MINSA, Plan Nacional para la Seguridad del Paciente	I-1 al II-1	Comité de gestión de la Calidad, Servicios de salud, promoción
2		Los establecimientos cumplen con la DCI en la prescripción	Porcentaje de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción	$\frac{\text{N° de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción}}{\text{Total de recetas auditadas en el mes}} \times 100$	Semestral	Reporte de recetas prescritas en el establecimiento	80	Manual de Buenas Prácticas de Prescripción MINSA 2005	I-1 al II-2	
3		El personal asistencial muestra evidencias de adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos	Porcentaje de personal asistencial con adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos	$\frac{\text{N° de personal asistencial con adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos}}{\text{Total de personal asistencial observado}} \times 100$	Semestral.	Reporte de adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos	80	R.M. 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"	I-1 al II-1	

Este cuadro cambiar por los criterios del 2025

MICRORED MARISCAL CASTILLA

Componente	N°	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION	META 2025 MicroRed
		CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN	
Garantía y Mejora	1	Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centros quirúrgicos de establecimientos de salud de II y III nivel de atención.	Informe	0	0
	2	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	Informe	2	2
	3	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud.	Informe	4	4
	4	Realización de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo	Informe	1	1
	5	Implementación de proyectos y/o acciones de mejoras en relación a las líneas de acción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y las prioridades sanitarias identificadas y/o Institucionales (usuario externo, tiempo de espera en la consulta externa y/o emergencia).	Informe	1	1
	6	Implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS	Informe	2	2
	7	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud	Informe	2	2
Información para la Calidad	8	Medición de la satisfacción del usuario externo en consulta externa/hospitalización/emergencia en establecimientos de salud con categoría I-3 al III-2.	Informe	1	1
Sistema de Quejas y reclamos	9	Fortalecimiento del Sistema de Quejas y Reclamos (Regional)	Informe	12	12

RESPONSABLES DE GESTION DE LA CALIDAD. -

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NIVEL	NOMBRES	EMAIL	CELULAR
C.S.M.Castilla	I-3	Ps.Soledad Eyzaguirre A.	marsoleya@hotmail.com	951406748
C.S.Semirural Pachacutec	I-3	Biol.Gilda Peñalva Suca	Yildita2010@hotmail.com	959570252
P.S. Jose Santos Atahualpa	I-2	Obst. Janeth Andia Chavez	Kassyara3@gmail.com	953250983
P.S. El Cural	I-1	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino	Lucine50@hotmail.com	959552333

PLAN DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA MICRORED MARISCAL CASTILLA.

AUTOEVALUACIÓN

2025

I. INTRODUCCIÓN:

La experiencia demuestra que la calidad de la atención en salud no depende de manera determinante de mayor tecnología, ni de mayor valor de los procedimientos. Es un concepto equivocado que las grandes entidades de salud con el equipamiento tecnológico de punta y altos costos, son los únicos que pueden ofrecer calidad. La calidad depende de la estructuración de procesos y del uso apropiado de la tecnología que le ofrezcan al usuario, lo mejor para resolver su patología a costos razonables.

La Autoevaluación Es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, 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.

II. 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.

III. OBJETIVOS:

1. Ofrecer evidencias a los usuarios de los servicios de salud, que las decisiones clínicas, no clínicas y preventivo-promocionales se manejan con atributos de calidad y se otorgan con el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

3. Dotar a los usuarios externos de información relevante para la selección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, por sus atributos de calidad.

V. CONTENIDO:

Disposiciones Generales

1. El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores certificados.
3. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
4. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
5. Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
6. El EEES o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel local.
7. Para el primer nivel comprende una Microrred o similar en otros subsectores.
8. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Equipo de Acreditación

Unidad funcional designado oficialmente.

Contará con un coordinador elegido por sus miembros.

Equipo de Evaluadores Internos

Son profesionales de la salud y/o técnicos asistenciales y administrativos.

Debe estar compuesto por un mínimo de 5 evaluadores.

Evaluadores médicos (2) enfermera (1) evaluadores con experiencia en procesos de apoyo.

El evaluador líder será seleccionado entre los miembros.

Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

Autoevaluación

- A cargo de un equipo de evaluadores internos

- Es de carácter obligatorio
- Se realiza mínimo una vez al año
- Los establecimientos podrán realizar la autoevaluación las veces necesarias en un año

Evaluación Externa

- A cargo de un equipo de evaluadores externos
- Es de carácter voluntario/Obligatorio para AUS
- Se realiza en un plazo no mayor a 12 m de la última autoevaluación aprobada

Disposiciones Generales

1. El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa.
2. El proceso para el primer nivel comprende una Microrred.
3. Comparten responsabilidades la Comisión Nacional Sectorial, la Comisión Regional Sectorial y la Dirección de Calidad en Salud.
4. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores certificados.
5. La evaluación se realiza en base a estándares definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
6. El Listado de Estándares de Acreditación es el único instrumento para la evaluación periódica.
7. La revisión de los estándares se realizará mínimo cada tres años.
8. Los estándares de acreditación están enfocados en procesos como aspecto central de la metodología de mejora continua.
9. El EESS o SMA puede solicitar asistencia técnica al nivel nacional, regional o local.
10. El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Disposiciones Finales:

1. Todos los actores pueden canalizar propuestas de ajustes.
2. Guía Técnica del Evaluador.
3. Directiva que regula el accionar de las Comisiones Sectoriales de Acreditación.
4. Directiva que regula la Generación de Capacidades en Evaluadores.
5. Listado de estándares de acreditación para establecimientos
6. Los casos no contemplados serán desarrollados en otras normas.
7. EESS Acreditados podrán suscribir convenios entre sí para la contraprestación de servicios de salud.

Calificación de la evaluación:

1.- Aprobado / Acreditado

❖ **Aprueba con el 85%**

2.- No Aprobado / No Acreditado

❖ **70 a 84.9% 6m nueva evaluación**

❖ **50 a 69.9% 9m nueva evaluación**

❖ **Menor 50% autoevaluación**

IMPLEMENTACION DE LA AUTOEVALUACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

DEFINICION OPERACIONAL. -

Actividad de evaluación interna del establecimiento de salud, mediante estándares preestablecidos, agrupados por macroprocesos y clasificados en categoría de macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo

FUENTE DE VERIFICACIÓN.-

Informe sobre conformación de equipos, Plan de autoevaluación, comunicación de inicio de autoevaluación e informe técnico de Autoevaluación de los establecimientos de salud de la Microred Mariscal Castilla.

CONCENTRACIÓN.-

1 Anual

VI.- INDICADORES

N°	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	ACREDITACION	Todos los Establecimientos de Salud realizan la autoevaluación	Porcentaje de establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	$\frac{\text{N° de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación, de los establecimientos de salud que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. 456-2007-.NTS de Acreditación 050-MINSA/DGSP-V.02	I-1 a II – 1	Oficina de Calidad
2		Todos los Establecimientos de Salud han aprobado la Autoevaluación	Porcentaje de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación	$\frac{\text{N° de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%	R.M. N° 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"		

atención ambulatoria											X	X	X	X	X	X	X	X
Atención extramural	Enf. Genivivie Valderrama,Marlene Huayta,Clovaldo Paredes,T.S.Graciela Tapia										X	X	X	X	X	X	X	X
Atención de hospitalización											X	X	X	X	X	X	X	X
Atención de emergencia												X	X	X	X	X	X	X
Docencia e investigación												X	X	X	X	X	X	X
Atención quirúrgica												X	X	X	X	X	X	X
Apoyo al diagnostico y tratamiento	Dra. Beatriz Calderón, Dra.Sonia Diaz Dra. Rocio Gavilano Tec.Enf.Nancy Salas Tec.Inf.Ronal Mamani.										X	X	X	X	X	X	X	X
Admisión y alta											X	X	X	X	X	X	X	X
Referencia y contrarreferencia												X	X	X	X	X	X	X
Gestión de medicamentos												X	X	X	X	X	X	X
Gestión de la información												X	X	X	X	X	X	X
Esterilización, lavandería y limpieza	T.S.Graciela Tapia,Nut.Ariela Espinoza,Gladys Pilco. Tec.Sant..										X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo de registro social											X	X	X	X	X	X	X	X
Manejo de nutrición de pacientes												X	X	X	X	X	X	X
Gestión de insumos y materiales												X	X	X	X	X	X	X
Gestión de equipos e infraestructura												X	X	X	X	X	X	X
Procesos de datos	Ronald Mamani									X	X	X	X	X	X	X	X	X
Análisis de resultados	Ps. Soledad										X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración del informe preliminar	Ps. Soledad											X	X	X	X	X	X	X
Presentación del informe preliminar	Obst.Marilu Acabana Mamani												X	X	X	X	X	X
Revisión y corrección del informe	Ps. Soledad												X	X	X	X	X	X
Entrega del informe técnico	Ps. Soledad												X	X	X	X	X	X

Anexo 1-B – EQUIPOS LIDERES

- EQUIPO EVALUADOR.-

MACROPROCESOS		RESPONSABLES DE LOS MACROPROCESOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS -2025			
		C.S.MARISCAL CASTLLA	C.S.SEMIRURAL PACHACUTEC	C.S.JOSE SANTOS ATAHUALPA	C.S. CURAL
1	Direccionamiento	Lic. Mariluz Acabana Mamani	Dra. Tula Sanchez Garcia	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	Enf. Ines Ccasa Chino
				Dr. Francisco Choquehuanca H.	
2	Gestión de Recursos Humanos	Enf. Karen Peralta Zeballos	Med. Henry Aynaya Cahui	C.D. Evelyn Zanabria Caceres	Tec Enf. Raquel Rafael Quispe
3	Gestión de la Calidad	Ps. Soledad Eyzaguirre A.	Biog. Gilda Peñalva Suca	Obst. Janeth Andia Chavez	Enf. Mery Fluker Argandoña
4	Manejo de Riesgo de Atención	Dra. Rocío Gavilano Vera	Dra. Tula Sánchez García	Dr. Francisco Choquehuanca H.	Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
			Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	
5	Gestión de Seguridad ante desastres	Tec. Enf. Luis Álvaro Rojas	Tec Enf. Virginia Peralta Paniura	Tec Enf. Karen Meza Silva	Tec. Enf. Raquel Rafael Quispe
6	Control de Gestión y Prestación	Enf. Genievvie Valderrama O.	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Claudia Cardenas Valdivia	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
		Enf. Celia Cueva Quispe	Enf. Romy Alvarez		Enf. Mery Fluker Argandoña
7	Atención Ambulatoria	Dr. Hugo Ascencios Villafuerte	Dr. Cesar Nuñez Bernal	Dr. Francisco Choquehuanca H.	Enf. Mery Fluker Argandoña
			Dra. Tula Sánchez García	Dra. Gabriela Copa Bobadilla	
8	Atención Extramural	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Nut. María Rita Lazo Salas	Nut. María Rita Lazo Salas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
9		“-----”	“-----”	“-----”	“-----”

	Atención de Hospitalización				
10	Atención de Emergencia	Enf. Marleni Huayta Paucar.	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Claudia Cardenas Valdivia	Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
		Enf. Clovaldo Paredes Mamani	Enf. Yessenia Terrazas Cano		Enf. Mery Fluker Argandoña
11	Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento	Biolg. Liliana Ramos Lupaca	Biolg. Gilda Peñalva Suca	Biolg. Gilda Peñalva Suca	Biolg. Liliana Ramos Lupaca
		Biolg. Walter Cruz Huisa			
12	Admisión y Alta	Enf. Marlene Huayta Paucar	Enf. Miryam Montesinos Figueroa	Enf. Wendy Chávez Chávez	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
13	Referencia y Contrareferencia	C.D. Beatriz Calderón Arenas	Tec. Enf. Pilar Alvarez Curahua	Tec Enf. Elsa Apaza Cuno	Enf. Mery Fluker Argandoña
14	Gestión de Medicamentos	Tec. Enf. Nancy Salas Yaro	Tec. Enf. Pilar Alvarez Curahua	Tec. Enf. Elsa Apaza Cuno	Tec. Enf. Raquel Rafael.
		Tec. Enf. Giovana Riveros G.			
15	Gestión de la información	Tec. Adm. Estefany Bustamante E.			
16	Esterilización, lavandería y limpieza				
17	Manejo de Riesgo Social	T. S. Graciela Tapia Valdivia	Nut. Maria Rita Lazo Salas	C.D. Evelyn Zanabria Caceres	Enf. Mery Fluker Argandoña
18	Manejo de nutrición de pacientes	Nut. Ariela Espinoza Ali	Nut. Paul Corbacho G.	Nut. Maria Rita Lazo Salas	Enf. Inés Lucia Ccasa Chino
19	Gestión de insumos y materiales	Tec Percy Cuela Llanos	Tec. Enf. Henry Chavez Orcon	Tec Enf. Karen Meza Silva	Enf. Mery Fluker Argandoña
					Enf. Ines Lucia Ccasa Chino
20	Gestión de equipos e infraestructura	Tec Enf. Maria Lizarraga	Tec Enf. Erlinda Cosi Quispe	Tec Enf. Elsa Apaza Cuno	Tec. Enf. Raquel Rafael.

--	--	--	--	--	--

ANEXO 2 – FECHA DE INICIO DE AUTOEVALUACION

BASE DE DATOS DEL INICIO DE LAS AUTOEVALUACIONES –PERIODO 2025

TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS	EESS INICIO	DENOMINACION	CATEGORIA	MICRORED	FECHA INICIO	DOC.	FECHA RECEP
04	1	C.S. Mariscal Castilla	I-3	MARISCAL CASTILLA	Mayo	OFIC	
	2	C.S. Semirural Pachacutec	I-3	MARISCAL CASTILLA	Mayo	OFC	
	3	P.S. Jose S.Atahualpa	I-2	MARISCAL CASTILLA	Junio	OFC	
	4	P.S. EL CURAL	I-1	MARISCAL CASTILLA	Julio	OFC	

Conformado por:

- A : Lic. Mariluz Acabana Mamani
- B : Dr. Cesar Nuñez Bernal
- C : Dra. Gabriela Copa Bobadilla
- D : Obst. Edward Chire Lipe

FICHA DE ACCION DE MEJORA

PROBLEMA	ACCION	RESPONSABLE	FLUJOGRAMA DE MEJORA

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA

RED AREQUIPA CAYLLOMA

GESTION DE LA CALIDAD

**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD**

DE LA MICRORED MARISCAL CASTILLA

COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD

RESPONSABLE: Ps. Soledad Eyzaguirre A.

2025

ÍNDICE

Introducción.....	1
Finalidad	2
Objetivos	2
Base Legal	3
Ámbito de Aplicación	4
Disposiciones Generales	4
Definiciones Operativas	4
Disposiciones Específicas	5
Disposiciones Finales	6
Estrategias	7
Anexos	12
Referencias Bibliográficas	13

INTRODUCCIÓN

La propuesta de Auditoría en Salud parte del supuesto que sin una evaluación permanente del *qué se hace?* y el *cómo se hace?* junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, cual es el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando; estos procesos solo podrán ser conocidos y mejorados con el proceso de Auditoría.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, así mismo puede facilitar el cambio hacia una práctica de la medicina basada en evidencias (MBE) mediante el uso de las guías de práctica clínica y, al mismo tiempo, busca encausar el manejo clínico dentro de un marco ético-legal.

En la Microred Mariscal Castilla , al igual que en el país, muchos servicios de salud presentan serias limitaciones, existe la necesidad de brindar una atención de calidad que contribuya a mejorar los indicadores sanitarios lo que hace necesario alinear con acciones, organizar y desarrollar el proceso de Auditoría de Salud, promoviendo su ejercicio con la mayor independencia técnica evitando las incorrecciones derivadas del mal empleo de las normas que sirven de parámetros al auditar o como consecuencia de malas interpretaciones de los procedimientos.

El Comité de Auditoría de la Calidad de la Microred Mariscal Castilla , tiene el compromiso de implementar, monitorizar y evaluar este proceso por lo que es necesario contar con un Plan de Implementación y Operativización de la Norma Técnica de Auditoría basado en los objetivos aplicables en todos los Establecimientos de salud del Nivel I.

I. FINALIDAD

Mejorar la Calidad de la Atención en Salud, incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención en los establecimientos de la Microred Mariscal Castilla, del mismo modo fortalecer la función gerencial de control interno institucional, a fin de promover la calidad y la mejora continua en la correcta administración de las Historias Clínicas”

II. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27806, ley de transparencia y Accesos a la Información Pública
3. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
4. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
5. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
6. Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
7. Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
8. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
9. Decreto Supremo N° 007-2016-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
10. Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”.
11. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.
12. Resolución Ministerial N° 502- 2016/ MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud, de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud.
13. Resolución Ministerial N° 597- 2006/ MINSA, Norma técnica 022-MINSA/dgsp-v.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
14. Resolución Ministerial N° 456- 2007/ MINSA NT N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de salud y Servicios médicos de Apoyo.
15. Resolución Ministerial N° 727- 2009/ MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud.

III. ANTECEDENTES:

La Auditoría en Salud es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales.

Actualmente la Auditoría en Salud se ha constituido en una actividad importante para el mejoramiento continuo de la calidad de las organizaciones de salud y se constituye en una herramienta del componente Garantía y Mejora de la Calidad, el tercero dentro del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

IV.- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Establecer las acciones para la implementación y operativización de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en los establecimientos del ámbito de la Microred Mariscal Castilla.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Buscar la mayor eficiencia en los diferentes procesos de atención y mejorar la calidad de las historias clínicas.
2. Maximizar el rendimiento de la atención de salud y capacitar a los prestadores de los servicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas para las organizaciones encargadas del cuidado de la salud.
3. Promover La auditoria de la calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en los servicios de salud que permita realizar procesos de mejora continua.

V.- ÁMBITO DE APLICACION:

- 4 IPRESS de la Microred Mariscal Castilla

VI.-CARACTERIZACIÓN DEL PLAN:

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES:

La Microred Mariscal Castilla, después de realizar un análisis basado en supervisiones integrales específicas, inspecciones de SUSALUD, Identifica la necesidad de mejorar la administración el manejo y llenado de las Historias Clínicas. Al observar deficiencias en las mismas, al igual que evaluar eventos adversos.

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, la auditoría en salud se constituye en una herramienta para la Garantía y Mejora de la Calidad.

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES:

La Microred Mariscal Castilla durante años ha venido (2009) realizando auditorias. No observado cambios sustantivos en las mismas; motivo por el cual se descentralizo las auditorias a realizar auto auditorias con el propósito que cada profesional identifique sus deficiencias. Con la nueva Norma de Auditoria para el presente año se realizarán evaluación de los Registros Asistenciales, el que incluirá la auditoría de gestión clínica o sanitaria buscando la eficiencia, efectividad, cobertura, costos y calidad de atención brindada. Lo

que indica que la auditoria se enfoca desde una perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas y no desde el punto de vista individual.

4. La Evaluación de Registros Asistenciales, se sumaran, llevando el liderazgo de la misma los responsables de etapas de vida, y los responsables de estrategias, que comprende todo el accionar como:
 - a. Las Historias Clínicas deben estar accesibles al personal autorizado durante el horario de atención.
 - b. Deben organizar, mantener y administrar un archivo de historias clínicas en medios convencionales o electrónicos.
 - c. Utilizar carpetas familiares, fichas familiares y los formatos según etapas de vida.
 - d. Los formatos deben consignar parte de la Historia Clínica, deben consignar los nombres y apellidos del paciente y numero de la historian en lugar uniforme y de fácil visibilidad.
 - e. El Comité de auditoría realizara la orientación, evaluación del mismo y el consolidado resaltando las mejoras.
5. La auditoria Medica se realizada `por el comité de auditoría medica que será conformado solo a nivel de la Red de Salud
6. La Auditoria de Casos Clínicos si se presentan casos será evaluado a nivel de la Red de salud .

DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES
Buscar la mayor eficiencia en los diferentes procesos de atención y mejorar la calidad de las historias clínicas.	Evaluación de los diferentes procesos de atención de nuestros establecimientos y mejorar la calidad de su registro en las historias clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los principales procesos de atención a los usuarios. • Conocer, socializar y aplicar las Fichas e Instructivos Referenciales para la realización de auditoria de la Historia Clínica y de Casos Clínicos. • Analizar e identificar las deficiencias en el registro de la Historia Clínica y de la Auditoria de Casos Clínicos. • Identificar propuestas de proyectos de mejora de la calidad a partir de los procesos auditados.
Maximizar el rendimiento de la atención de salud y capacitar a los prestadores de los servicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas para las organización	Capacitación al personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar y sensibilizar el personal sobre la Norma Técnica y la importancia de la Auditoria. • Capacitar al personal en los aspectos o nudos críticos en los procesos que han sido auditados

METODOLOGÍA:

1. Conformación del Comité de Auditoría y reconocimiento por la Jefatura de la Microred
2. Gestionar la emisión de la Resolución Jefatural de la conformación, integrantes, funciones y atribuciones del Comité de Auditoría.
3. Elaborar el Plan de Auditoría en Salud.
4. Elaboración / adaptación de las Guías de Práctica Clínica.
5. Implementar, monitorear y evaluar el Plan de Auditoría.
6. Retroalimentación a los auditados.
7. Presentación de informes.

ACTIVIDADES POR COMPONENTE:

- **CAPACITACIÓN AL PERSONAL:**

- Tema: Fichas e Instructivos Referenciales para la auditoría de la historia clínica en el proceso de atención.
- Tema: Socializar las deficiencias, aspectos o nudos críticos en los procesos de atención encontrados en la auditoría de historias clínicas.
- Retroalimentación a los auditados.

- **EJECUCIÓN:**

- Identificar los procesos de atención.
- Aplicación de las Fichas o Lista de Chequeo, para ello se hará un cálculo de muestra de acuerdo al número de historias clínicas del Archivo, muestra que será distribuida equitativamente para ser auditadas cada mes.
- Elaborar los informes mensuales respectivos de la auditoría realizada.
- Analizar los resultados de la auditoría.
- Proponer soluciones y/o proyectos de mejora.

A. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

- **El monitoreo de las actividades será realizado por el Comité de Calidad.**
- **La evaluación final estará a cargo del Comité de Auditoría y del Comité de Calidad, al finalizar el año.**

VII.- DISPOSICIONES FINALES

1. La Red Arequipa Caylloma brindará asistencia técnica sobre el diseño e implementación de los Planes Anuales. así mismo tiene la responsabilidad de promover la implementación de las recomendaciones de los Informes/Reportes de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

2. La Microred Mariscal Castilla deben conformar un Comité de Auditoria de acuerdo a lo establecido por la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
3. El Comité de Auditoria de la Calidad de la Microred Mariscal Castilla y Puestos de salud presentarán el Plan Anual de Auditoria de la Calidad para la aprobación oficial.
4. La Microred Mariscal Castilla a través de su comité de auditoría del Comité de Auditoria, deberá monitorizar el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones de los Informes de Auditoria de la Calidad,
5. Los equipos de Gestión de la Calidad deben de identificar y priorizar las recomendaciones de los Informes de Auditoria, para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua.
6. La máxima autoridad de cada establecimiento de salud tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan Anual de Auditoria, así como de implementar cada una de las recomendaciones que se emitan en los Informes/reportes de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, y de corresponder desarrollar los proyectos de mejora de la calidad de atención en salud.

VIII.- ESTRATEGIAS

- 1.1 Articular el Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud con los objetivos de POA de la Microred Mariscal Castilla
- 1.2 Socializar la Norma Técnica e instrumentos de Auditoria de la Calidad de la Atención en salud relativos a estructura, proceso y resultados, a las entidades del sector salud en la Microred Mariscal Castilla.
- 1.3 Difundir el Sistema de Información de las Actividades de Auditoria, implementado para involucrar en el desarrollo de la Auditoria a los usuarios del sistema de salud.

La Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud tiene como principio fundamental buscar la mejora continua de las prestaciones de salud. En ninguna circunstancia el auditor de la calidad de la atención en salud está facultado para emitir pronunciamientos que establezcan responsabilidades médico-legales o recomendaciones punitivas.

IX.-ANEXOS

1.- Establecimientos de la MICRORED MARISCAL CASTILLA centros y puestos de salud

Establecimiento	Microrredes	Centros de Salud	Puestos de Salud	TOTAL EESS
Microred Mariscal Castilla	01	2	2	04
TOTAL				04

2.- CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA:

Cada Responsable de Etapa de vida cumplirá con la meta a evaluar de los registros asistenciales.

Etapa de Vida	META MICRORED	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR	GESTANTE
C.S.M.Castilla	216	36	36	36	36	36	36
C.S.Semirural Pachacutec	216	36	36	36	36	36	36
P.S.Jose S.Atahualpa	216	36	36	36	36	36	36
P.S CURAL	216	36	36	36	36	36	36
TOTAL	864	144	144	144	144	144	144

3.- DEFINICION OPERACIONAL.-

Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de la salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

4.- FUENTE DE VERIFICACION.-

OBJETIVO	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACTIVIDAD
Implementar la norma técnica de auditoría de la calidad de la atención en salud para la Microrred Mariscal Castilla	1.- Promover la formación de Comités de Auditoría en la Microrred de salud	<p>1.-Identificar y convocar al personal capacitado en Auditoría Médica, Auditoría en Salud, Auditoría de la Calidad, Salud Pública, para conformar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.</p> <p>2.-Conformación de Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud</p> <p>3.-Oficialización de los Comités de Auditoría, con Resolución Jefatural</p>
	2.- Elaborar los Planes de Auditoría Anuales en, Microrredes, que cuenten con Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	<p>1.- Diseñar y aprobar los Planes de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud</p> <p>2.- Inclusión en los Planes Operativos Anuales establecimientos, las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.</p>
	3.- Evaluar el contenido y la implementación de los Planes de Auditoría anuales.	1.- Evaluación y monitoreo de la implementación de los Planes de Auditoría en cada EESS
	4.- Difundir la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	
	5.-Monitorizar la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	

• Plan anual de auditoría de la calidad de atención, con

Resolución Jefatural N° (cronograma)

- Informe de auditorías de la calidad de atención realizadas.

5.- CONCENTRACION.- 4 trimestral

OBJETIVO	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACTIVIDAD
<p>Implementar la norma técnica de auditoría de la calidad de la atención en salud para la Microred Mariscal Castilla</p>	<p><i>Capacitar Auditores, en el marco de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.</i></p>	<p><i>1.- Gestionar y coordinar con la GERSA Calidad , la capacitación en Auditoria Médica a todos los integrantes de los comités de auditoria de los establecimientos de salud</i></p> <p><i>2. Gestionar la Asistencia técnica permanente</i></p>
	<p><i>Proceso de control y aseguramiento de la calidad de los procedimientos en Auditoria.</i></p>	<p><i>1. Reuniones entre los auditores de cada entidad de salud para la presentación de modelos de Auditorias de Caso.</i></p> <p><i>2. Reuniones entre los Auditores de la Calidad de la Atención en salud de las entidades de salud para el análisis del contenido de los Informes de Auditoria de una muestra.</i></p> <p><i>3. Reuniones entre Comités de Auditoria de diferentes instituciones del mismo nivel de complejidad para el intercambio de experiencias en auditoria.</i></p>
<p>Mejorar las prestaciones asistenciales en las áreas críticas para Auditoria de</p>	<p><i>1.- Priorizar el proceso de Auditoria en las áreas asistenciales críticas.</i></p>	<p><i>1. Inclusión en el Plan de Auditoria Institucional auditorias de calidad de registro, calidad de la atención y de caso de acuerdo</i></p>

<p><i>la Calidad de la Atención en Salud, para el periodo.</i></p>		<p><i>a las prioridades locales en salud.</i></p> <p><i>2. Desarrollo de Auditorias concurrentes en los Departamentos, servicios y/o unidades</i></p>
	<p>2.-Articular el proceso de Auditoria con el desarrollo de PMCC.</p>	<p><i>Implementación de proyectos de mejora a partir de las recomendaciones de los Informes de Auditoría.</i></p>

MICRORED MARISCAL CASTILLA

PLAN DE TRABAJO

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD

(HIGIENE DE MANOS)

(IASS)

2025

INTRODUCCION:

- Visualizar de manera estructurada los eventos en torno a la falla de un sistema que permite evaluar los riesgos con enfoque sistémico amplía las posibilidades de un abordaje integral de la seguridad del paciente. Permite identificar barreras ausentes o débiles, ayudando a proponer medidas correctivas Este tipo de evaluación requiere un equipo interdisciplinario capacitado para La evaluación de riesgos identifica factores que pueden ser priorizados con apoyo de personal de la unidad evaluada. Antes de evaluar el riesgo se debe decidir como se usarán los resultados.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Para el I-Semestre se realizara las siguientes actividades:

- Capacitación al personal de Salud para la sensibilización y motivación.
- Se distribuirá los afiches de lavados de manos en todos los EESS y los diferentes servicios.
- Se distribuirá también el anexo 2 ,en relación a Eventos Adversos.
- Consolidación de los informes de los diferentes establecimientos de Salud

1.- LAVADO DE MANOS:

	NRO DE LAVATORIOS	DISPENSADOR DE JABON/GEL	DISPONIBILIDAD DE TOALLAS DESCARTABLES	AFICHES	NRO DE PERSONAL DEL EESS
IPRESS MARISCAL CASTILLA					
IPRESS SEMIRURUAL PACHACUTEC					
IPRESS JOSE SANTOS ATAHUALPA					
IPRESS EL CURAL					

	manteniendo unidos los dedos.								
5	Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados								
6	Frotarse las uñas con la palma de la otra mano								
7	Lavar el dedo pulgar de la mano izquierda cubriéndolo con la palma de la mano derecha y girar y viceversa								
8	Frotar la punta de los dedos sobre la palma de la mano opuesta dibujando círculos y viceversa								
9	Enjuáguese las manos con abundante agua								
10	Séquese las manos con toalla de un solo uso								
11	Utilice la toalla para cerrar el grifo								
12	Deseche el papel toalla								

COMENTARIO ANALITICO:

4.- MOMENTOS:

	NRO	RESULTADO	NRO.	RESULTADO	NRO.	RESULTADO	NRO.	RESULTADO
	C.S,MAR ISCAL		C.S.SEMI RURAL		P.S. JOSE SANTOS		P.S. EL CURAL	RESULTAD O

	CASTILLA		PACHAC		ATAHUALPA			
	A		UTEC		A			
Al llegar al establecimiento de salud								
Contacto con paciente								
Al quitarse los guantes								
Inserción de catéteres								
Contacto con la piel de los pacientes								
Contacto con fluidos corporales o excreciones, cambio de vendas								
Cambio de guante								
Al toser, estornudar o limpiarse la nariz								

COMENTARIO:

RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES	CUANDO	QUIEN
Uso adecuado de los insumos del lavado de manos		
Adecuado uso y distribución de los insumos		

DEFINICIÓN OPERACIONAL.-

Informe Trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de la adherencia a la técnica de lavado de manos clínico en servicios priorizados

FUENTE DE VERIFICACIÓN.-

Informes trimestrales de los establecimientos de salud de la Microred Mariscal Castilla

CONCENTRACION.-

4 Anual

N°	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL
1	C.S.MARISCAL CASTILLA	X	X	X	X	4
2	C.S.SEMIRURAL PACHACUTEC	X	X	X	X	4
3	P.S.JOSE SANTOS ATAHUALPA	X	X	X	X	4
4	P.S.EL CURAL	X	X	X	X	4

FICHA DE ACCION DE MEJORA

PROBLEMA	ACCION	RESPONSABLE	FLUJOGRAMA DE MEJORA

MICRORED MARISCAL CASTILLA
PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTION DEL RIESGO
PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
2025

I. INTRODUCCIÓN. -

Las Rondas de Seguridad del Paciente es una Directiva de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), que permite contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud a través de la implementación de prácticas seguras, basados en lineamientos que establecen la metodología, para la valoración y priorización de los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad, con la finalidad de generar compromisos desde la dirección y el personal de salud para una mejora continua en la atención del paciente desde que ingresa hasta que termine con toda su atención en salud, lo que contribuirá a manejar una Cultura de Seguridad, que viene hacer el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención.

Finalmente las Rondas de Seguridad del paciente implica cambios en la organización que involucran a todos los niveles jerárquicos, por lo cual es necesario plantear el trabajo de sensibilización a todos los niveles y lograr la mayor difusión y participación posible, que puedan contribuir al logro de objetivos planteados

II. FINALIDAD.-

Contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de Salud a través de la implementación de Practicas Seguras.

III. OBJETIVOS.-

General:

Implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en las instituciones prestadoras de servicios de salud a fin de contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención en salud, implementando prácticas seguras

Específicos:

- Promover en las IPRESS las Rondas de Seguridad del paciente
- Desarrollar capacidades para acciones de mejora continua
- Identificar prácticas inseguras y riesgos asociados a la atención en salud e implementar y fortalecer una cultura de seguridad del paciente.

IV. BASE LEGAL.-

Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.

Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud

DS N° 023-2005-SA-Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

Ley N° 27867, Ley Organiza de Gobiernos Regionales.

Ley N° 27972, Ley Organiza de las Municipalidades.

Decreto Legislativo N°1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Decreto Legislativo N°1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de los Servicios

Resolución Ministerial N° 519-2006 MINSА-Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 640-2006 MINSА-SA Manual para la Mejora Continua de la Calidad.

Resolución Ministerial N° 589-2006 MINSА-Plan Nacional concertado de Salud.

Resolución Ministerial N° 414-2015 MINSА-que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica

Resolución Ministerial N° 523-2007 MINSА-que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias

Resolución Ministerial N° 596-2006 MINSА-Plan Nacional de Gestión de la Salud.

Resolución Ministerial N° 143-2006 MINSА-Comité Técnico de Clima Organizacional.

Resolución Ministerial N° 623-2006 MINSА-Plan para el estudio y metodología de clima organizacional.

Resolución Ministerial N° 468-2006 MINSА-Metodología de clima organizacional.

Resolución Ministerial N°255-2016-MINSА, que aprueba la Guía Técnicas para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.-

El ámbito de aplicación del Plan de Rondas de Seguridad del Paciente será a nivel de la Microred Mariscal Castilla, con todos sus Puestos de Salud correspondientes en la jurisdicción, Centro de Salud Mariscal Castilla, Centro de Salud SemiRural Pachacutec, Puesto de Salud José Santos Atahualpa, y Puesto de Salud EL Cural.

VI.- ESTRATEGIAS

Concertar compromisos con la Dirección y el personal de salud de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud a fin de mejorar la seguridad del paciente.

Institucionalizar las Rondas de Seguridad del Paciente para una mejor valoración y priorización de los riesgos identificados en las Rondas de Seguridad

Realizar visitas programadas de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención en salud y establecer contacto directo con el paciente o familiar y el personal de salud siempre con una actitud educativa y no punitiva.

VII.- ACTIVIDADES

CRONOGRAMA.-

MESES	Med	Odon	Obst	Enf.	Ps	Nut	Lab	Farm	SS	otros	Obs.
Enero	X										
Febrero		X	X								
Marzo				X							
Abril					X						
Mayo						X					
Junio							X				
Julio								X			
Agosto									X		
Setiemb										X	
Oct										X	
Nov										X	
Dic										X	
TOTAL											

DEFINICION OPERACIONAL. -

Informe Trimestral consolidado en relación al porcentaje de cumplimiento de los indicadores de evaluación y de implementación de las Rondas de Seguridad del paciente.

FUENTE DE VERIFICACION. -

Informes Trimestrales de los establecimientos de salud de la Microred Mariscal Castilla

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD. -(aplicativo)

N°	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL
1	C.S.M.CASTILLA Ps.Soledad Eyzaguirre A.	X	X	X	X	4
2	C.S.SEMIRURAL P. Biolg.Gilga Peñalva S.	X	X	X	X	4
3	P.S.J.S.ATAHUALPA Obst.Janeth Andia Ch.	X	X	X	X	4
4	P.S.EL CURAL Enf. Mery Fluker Argandoña	X	X	X	X	4