



Resolución Jefatural

Arequipa, 01 de Abril del 2025

CONSIDERANDO:

VISTO: El informe técnico presentado por la Microred de Salud San Isidro, mediante el cual se solicita la aprobación del **Plan de Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo de la Microred San Isidro** para el período 2025.

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 11 del Decreto Legislativo N° 276, establece la responsabilidad del Estado en garantizar la planificación estratégica y operativa de los servicios de salud.

Que, la Ley General de Salud N° 26842 determina la importancia de implementar planes de mejora continua en la atención sanitaria, con el fin de garantizar la calidad del servicio a la comunidad.

Que, en cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 600-2021/MINSA, se han elaborado los **Planes Anuales de Gestión**, los cuales comprenden estrategias de fortalecimiento en infraestructura, equipamiento, gestión administrativa, operativa, salud pública, prevención de enfermedades y desarrollo de capacidades del personal de salud en los establecimientos de la microred.

Que, la Red de Salud San Isidro, en el marco de sus funciones, ha evaluado y aprobado dichos planes, recomendando su implementación y monitoreo.

Por lo expuesto, y en uso de las facultades conferidas:

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el **Plan de Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo de la Microred San Isidro** para el período 2025, los cuales serán de cumplimiento obligatorio.

ARTÍCULO SEGUNDO: Disponer que los responsables de cada área implementen las estrategias establecidas en los planes aprobados, asegurando su correcta ejecución y

supervisión en las áreas de salud pública, atención médica, infraestructura, equipamiento y gestión administrativa.

ARTÍCULO TERCERO: *Encargar a la M.C Carla Judith Mena Canlla en su calidad de Responsable de la supervisión y monitoreo de la ejecución de los planes, así como la presentación de informes sobre los avances y logros alcanzados.*

ARTÍCULO CUARTO: *Disponer que el Responsable de Personal notifique la presente resolución a todas las partes involucradas y garantice su cumplimiento dentro del marco normativo vigente.*

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
RED SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED SAN ISIDRO
.....
DR. IRVIN M. GARCIA DONAYRE
J.F.L.M. CLAS SAN ISIDRO
C.M.P. 78163
RNA A11494



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MICRORED DE SALUD SAN ISIDRO

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

FORMULACIÓN DEL PLAN

OPERATIVO

2025

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. FINALIDAD**
- III. OBJETIVOS**
- IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- V. BASE LEGAL**
- VI. CONTENIDO**
 - **COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD**
 - **ACTIVIDADES A DESARROLLAR**
 - **ESTRATEGIAS**
 - **INDICADORES**
- VII. RESPONSABILIDADES**
- VIII. ANEXOS**

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 Micro red de salud San Isidro, 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, aun 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, a través de su comité de gestión de la calidad, concretará acciones necesarias para mejorar los procesos de calidad y obtener resultados en todos los establecimientos de salud de la Microred de salud San Isidro, 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

La brecha entre la situación actual y el estado de salud deseado se expresó en problemas que al ser priorizados determinan las necesidades las cuales se plantearon como objetivos generales del presente plan operativo.

Es así que se deben implementar y operativizar procesos como el de Auditoria y Acreditación, sin restar acciones en Satisfacción del usuario externo. para obtener resultados de mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud.

II. FINALIDAD

La finalidad de la calidad en salud es asegurar que los servicios médicos se proporcionen de manera efectiva, segura, oportuna y centrada en el paciente. Para lograrlo, se busca mejorar los resultados médicos y reducir la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición. La calidad en salud involucra a todos los actores responsables de la atención sanitaria, desde el personal médico hasta los sistemas de información y los centros de salud bien equipados.

III. 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 la Micro Red de Salud San Isidro , en el periodo 2025

Objetivos Específicos:

- OE 1.- Fortalecer el Proceso de Acreditación de establecimientos de salud en el ámbito de la Micro Red de Salud San Isidro
- OE 2.- Implementar el Proceso de Auditoria de la Calidad en Salud en base a la nueva normativa especialmente las auditorias médicas. Así mismo Rediseñar los procesos 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. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La Red de Salud Arequipa Caylloma es la encargada de brindar asesoría técnica, la Micro Red de Salud San Isidro regula la organización, el funcionamiento y desarrollo de las actividades programadas facilitando

los procesos de los establecimientos de salud 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 Micro red de Salud San Isidro cuenta con una población de 12 098 habitantes aproximadamente. Organizada en 5 establecimientos, sobre las cuales ejerce autoridad, y la sede administrativa es el Centro de Salud San Isidro.

DATOS	N°
Población Estimada	12 098
N° de EESS	05

DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS POR NIVELES

NIVEL	N°
I – 1	1
I – 2	3
I – 3	1
TOTAL	05

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.

Resolución Ministerial N° 519 – 2006 MINSAsistema de Gestión de la Calidad en Salud.

Resolución Ministerial N° 640 – 2006 MINSAs Manual para la Mejorar Continua de la Calidad.

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

Resolución Ministerial N° 596 – 2007 MINSAs 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

COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:

PLANIFICACION DE LA CALIDAD

- Políticas de calidad
- Planes operativos con enfoque de calidad de Gestión de la Calidad y Auditoria de la calidad en salud.

ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

- La Micro Red de Salud San Isidro depende directamente de la Red de Salud Arequipa Caylloma quien a su vez depende directamente de OPPDI diseñada de tal manera que va a permitir llegar a todos los establecimientos de salud; los establecimientos de Salud cuentan con cronogramas de trabajo, enmarcado en el Plan Operativo de Gestión de la calidad de la Microred de Salud San Isidro, para el cumplimiento de los objetivos, metas y políticas de la calidad en Salud.
- Importante mencionar que dentro del plan se considera actividades que permitan la sostenibilidad de los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos necesarios para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía de calidad

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.”

Implica el desarrollo e implementación de los procesos:

- **Auto evaluación y Acreditación.**
- **Auditoria clínica en salud.**
- **Proyectos de Mejora Continua.**
- **Seguridad del Paciente: Eventos adversos, Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), Lavado de manos.**

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.

Micro **MICRO RED DE SALUD SAN ISIDRO**

	Nº	DENOMINACION		CARACTERISTICAS DE PROGRAMACION	META	
		CRITERIOS y/o ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	FACTOR DE CONCENTRACIÓN		
Componente	1	Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud		Informe	4	4
	2	Implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en los establecimientos de salud.		Informe	4	4
	3	Realización de autoevaluación para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo		Informe	1	1
	4	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
	5	Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud		Informe	4	4
Información para la Calidad	6	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	7	Fortalecimiento del Sistema de Quejas y Reclamos (Regional)		Informe	2	2



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MICRORED DE SALUD SAN ISIDRO

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

**PLAN DE TRABAJO DE APLICACIÓN SERVQUAL 2025 PARA EVALUACION
DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO. DE LA RED DE SALUD
AREQUIPA CAYLLOMA**

2025

PLAN DE TRABAJO DE APLICACIÓN SERVQUAL 2025 PARA EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO MICRORED DE SALUD SAN ISIDRO

I. INTRODUCCION:

El presente Plan de Trabajo SERVQUAL 2025 de la Micro red de Salud San Isidro se realiza con el fin de realizar la medición del nivel de satisfacción que los usuarios externos de los servicios de atención de salud. Ya que es relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales a nivel de las Políticas públicas de salud.

II. FINALIDAD:

Contribuir a buscar estrategias para hacer del SERVQUAL un instrumento flexible, viable con calidad, que permita identificar la insatisfacción de los usuarios externos de la Micro Red de salud San Isidro, mediante la medición e implementación de mejoras para la satisfacción del usuario.

III. OBJETIVO:

Monitorizar, evaluar y mejorar el impacto en la calidad de atención percibida de los usuarios externos que acceden a los EESS de la Micro red de salud San Isidro, mediante la metodología SERVQUAL.

Objetivos específicos:

1.- Monitorear periódicamente la satisfacción del usuario externos en los servicios con el uso de la herramienta SERVQUAL.

- Realizar la medición de la calidad de atención mediante la evaluación de la satisfacción del usuario externos con la toma de encuestas
- Ingresar a la base de datos las encuestas en el programa de MS Excel
- Análisis e interpretación de resultados, identificando las principales causas de Insatisfacción como oportunidades de mejora por dimensiones como son Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad, Empatía Y Aspectos tangibles.

2.- Conocer la calidad e atención percibida de manera global y por dimensiones mediante el valor ponderado del SERVQUAL por los jefes de los servicios.

3.- Evaluar e identificar las principales causas de insatisfacción que serán consideradas como prioritarias del usuario externo en los servicios.

- Se presenta la tabla que muestra las 22 preguntas con sus niveles de satisfacción e insatisfacción, órdenes de mayor a menor grado de insatisfacción.
- Se presentan las 5 primeras causas de insatisfacción, las cuales serán consideradas como prioritarias para formular acciones de mejora.

- Se presenta según el estándar para la Interpretación de los resultados de satisfacción del usuario externo y comparación mediante gráficos.

4.- promover y/o formular la implementación de acciones o proyectos de mejora continua de la calidad de atención dirigida a los usuarios externos con los jefes de los EESS.

- Presentar los resultados en la agenda de reunión de Gestión, ello con el fin de formular acuerdos para promover acciones correctivas de mejora continua de la calidad de atención dirigido a los usuarios externos.
- Evaluar e identificar las principales causas de Insatisfacción que serán consideradas como prioritarias del usuario externo en los EESS.
- Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Centro de Salud San Isidro de la Microred de salud San Isidro y el resto de establecimientos de la microred realizaran grupos focales para medir la satisfacción de los usuarios externos, de tal manera que en la autoevaluación puedan calificar.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 20584 "Ley de los deberes y derechos de los usuarios de Salud"
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos regionales.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud
- Ley N° 27444, Ley General de Procedimientos Administrativos
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

- R.M. N°1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-V-01 "Lineamientos para la organización y funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud".
- R.M. N° 405-2005/MINSA, Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud Constituyen la Única Autoridad de Salud en cada Gobierno regional.
- R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema Gestión de la Calidad en Salud".
- DSM 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de apoyo.
- R.M. N° 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"
- R.M. N° 072-2008/MINSA, que modifica la NTS N°050-MINSA/DGSP V 02 respecto a los miembros de las Comisiones sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud
- R.M. N° 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios médicos de Apoyo"
- R.M. N° 370-2009/MINSA, Aprobar la Directiva Administrativa N°151-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que Regula la Organización y Funciones de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud"
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud"
- R.M.N° 527-2011/MINSA, guía técnica para a Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

VI. CONTENIDO

La satisfacción del paciente es un indicador importante y comúnmente utilizado para medir la calidad de la atención sanitaria.

Definición: La satisfacción del paciente busca medir las experiencias vividas en base a las expectativas y percepciones de los usuarios y sus familiares o acompañantes.

Importancia: Afecta a la prestación oportuna, eficiente y centrada en el paciente, y es un indicador indirecto pero eficaz para medir el éxito de profesionales de la salud e instituciones prestadoras de salud.

Ventajas:

Conduce a la fidelidad del cliente (paciente).

Mejora la retención de pacientes.

Aumenta la moral del personal y evita la rotación de empleados.

Reduce el riesgo de demandas por mala praxis.

Proporciona información procesable para mejorar la calidad de la atención.

En resumen, se mide mediante encuestas de satisfacción y retroalimentación, y su análisis ayuda a tomar decisiones importantes sobre la atención brindada

6.1. DIMENSIONES:

Fiabilidad (*presuntas del 01 al 05*) Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

Capacidad de Respuesta (*preguntas del 06 al 09*) Disposición de servir a los usuarios y proveedores de un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.

Seguridad (preguntas del 10 al 13) Evalúa la confianza que genera la actitud el personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

Empatía (pregunta del 14 al 18) Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

Aspectos tangibles (preguntas del 19 al 22) Son los aspectos físicos que percibe el usuario de la institución, relacionados con las condiciones de apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

6.2. ETAPAS DE ESTUDIO

Para el cumplimiento de este Plan de Trabajo SERVQUAL 2025, se tomará en cuenta el proceso de las 6 fases como son:

1. Planificación
2. Recolección de Datos
3. Análisis e interpretación de los Resultados
4. Procesamiento de Datos
5. Retroalimentación de resultados
6. Implementación de mejoras.

6.3. REQUERIMIENTO BÁSICO

Plan de trabajo, encuestadores externos, encuesta, guía del encuestador, material de escritorio, herramienta informática, Personal encargado de la digitación.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

Inclusión: Usuarios externos de ambos sexos, mayores de 18 años, familiar que acompaña al usuario, usuario que apruebe encuestarse.

Exclusión: Usuarios menores de 18 años u aquellos que presenten algún tipo de discapacidad, usuarios con trastornos mentales, usuario que no brinde su autorización para encuestarlo.

6.5. PERIODO Y TIEMPO DE APLICACIÓN

Se propone que se realice durante una semana como mínimo y no más de 14 días como máximo para la consulta externa, en caso de Hospitalización se considera un periodo de 2 meses. La duración de la encuesta es aproximadamente 15 minutos.

6.6 SELECCION DE LA MUESTRA

Se aplica la muestra de acuerdo a norma, y de acuerdo a criterios de programación 2025 se aplicara la encuesta solo a las IPRESS nivel 1 - 3 y 1 - 4, las demás IPRESS realizar focos grupales en dos oportunidades de acuerdo a norma.

NRO	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	POB. ATD 2024	SATISFACION DEL USUARIO		
			FORMULA	20%	TOTAL
1	C.S. San Isidro				112
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

VII. ESTRATEGIAS:

1. Hacer cumplir los procesos indicado para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo.
2. Coordinación permanente y participación plena del Equipo de Gestión de la Calidad para el buen desarrollo de la realización de la encuesta en fechas programadas en conjunto con los servicios a realizar las encuestas
3. Capacitación del personal encargado para la toma de encuestas a los usuarios externos.
4. Hacer de conocimiento de los resultados por dimensiones y matriz de priorización a los Jefes y realizar seguimiento por parte de la Oficina de Gestión de la Calidad a las propuestas realizadas para la implementación y el desarrollo de las mejoras.

MUESTRA PARA SATISFACCION DEL USUARIO 2025

NRO	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	POB. ATD 2016	SATISFACION DEL USUARIO		
			FORMULA	20%	TOTAL
1	1323 SAN ISIDRO	2313	93	19	112

VIII. INDICADORES DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRAL	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO	Los Establecimientos de Salud realizan evaluación de la satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que realizan evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría.	$\frac{\text{Nº de establecimientos de salud que realizaron evaluación de la satisfacción del usuario externo en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría}}{\text{Total de establecimientos de salud}} \times 100$	Anual	Informe de medición de satisfacción del usuario externo	80%	R.M. Nº527-2011/MINSA, " GUIA TECNICA PARA LA EVALUACION DEL USUARIO EXTERNO.	I-3 al II-1	Comité de Gestión de la calidad
2			Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en Consulta Externa/hospitalización/emergencia según categoría.	$\frac{\text{Nº usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios del Establecimientos de Salud en Consulta externa, emergencia, hospitalización, según categoría.}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$	Anual	Informe de medición de satisfacción del usuario externo	80%			
3			Porcentaje de acciones de mejora implementadas según los resultados de la evaluación del usuario externo en consulta externa / hospitalización / emergencia según categoría	$\frac{\text{Nº de acciones de mejora implementadas según los resultados de la evaluación del usuario externo en consulta externa / hospitalización / emergencia según categoría}}{\text{Total de acciones recomendadas en consulta externos/ Hospitalización/ Emergencia}} \times 100$	Anual	Informe de acciones implementadas de la satisfacción del usuario externo	80%			



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MICRORED DE SALUD SAN ISIDRO

GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

2025

PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

MICRO RED DE SALUD SAN ISIDRO

I. INTRODUCCION

La seguridad del paciente es muy importante en los establecimientos de salud ya que ayudan a promoverla cultura de seguridad en cada una de las atenciones realizadas con el fin de reducir los riesgos de manera sostenible y constante, reducir los daños los cuales pueden ser evitados y haciendo menos probable el error. Pero, en caso de que ocurriera, hacer que todos los sistemas estén preparados para poder atenderlo y reducir el impacto ocasionado.

El hecho de pensar en la seguridad del paciente significa en gran proporción que los servicios brindados por el establecimiento son de calidad y para lograr eso, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.

La salud de los pacientes es uno de los principales retos del cuidado de la salud en el país, de allí la necesidad de presentar el Plan Anual de Seguridad del Paciente y Manejo de la Gestión de Riesgos en el año 2025 a nivel hospitalario para desarrollar las acciones para gestionar los riesgos, mejorar los procesos y brindar una atención segura al paciente en el

II. FINALIDAD

El plan de seguridad del paciente tiene como finalidad realizar acciones del monitorio del cumplimiento de las buenas prácticas para poder mejorar la atención segura durante la prestación de los servicios de salud de las diferentes áreas del Centro de Salud

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- Promover la seguridad del paciente en los servicios de atención al usuario externo, promoviendo la cultura de seguridad del paciente

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reconocimiento de Fortalezas y Debilidades del establecimiento
- Capacitación constante del personal de salud en las buenas prácticas
- Promover las buenas prácticas de la atención por la seguridad del paciente a través de la verificación mediante Lista de Chequeo.

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. Preguntas de los pacientes, involucramiento del 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, grupos de trabajo, 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. Definir Indicadores que permitan medir el avance de las acciones realizadas para fortalecer la Seguridad del paciente en los EESS.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las actividades propuestas en el presente plan se desarrollarán en los diferentes servicios del Centro de Salud

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- R.M. N° 676-2006 "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial W 456-2007/MINSA. Aprobar la NTS W 050 MINSA/DGSP y "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
- Resolución Ministerial W 523-2020 MINSA, Norma Técnica de Salud que la vigilancia asociada a la atención de salud

VI. CONTENIDO

A. ASPECTOS CONCEPTUALES

- a. Incidente: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero es susceptible de provocarlo en otras ocasiones
- b. Eventos adversos: Una lesión o resultado no deseado, tampoco intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención del usuario.
- c. Evento Centinela: Es aquel efecto adverso que logra producir o provocar un efecto severo de manera física o psicológica hasta incluso llegar a la muerte.
- d. Infección asociada a la atención de salud: Aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a sus toxinas que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud.
- e. Farmacovigilancia: Definida por la OMS como la "ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos

adversos de los medicamentos o cualquier otro problema de salud relacionado con ellos"

- f. Cultura de Seguridad: Es 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 en salud.
- g. Acciones de mejora: Son aquellas acciones realizadas con la finalidad de mejorar la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
- h. Gestión del riesgo: Actividades dirigidas para controlar los riesgos
- i. Prevención del riesgo: Acciones que buscan reducir los riesgos, abordados de forma precoz para minimizar los daños y evitar su reaparición

B. ESTRATEGIAS

- a. Apoyo de la Gerencia y Jefatura de la Microred y del Centro de Salud San Isidro para la ejecución de las múltiples actividades
- b. Sensibilización y capacitación a los integrantes del comité de Gestión de la Calidad, equipo conductor y a los integrantes del comité de Rondas de Seguridad de los diferentes servicios del Centro de Salud y Microred.
- c. Mejora de los sistemas de comunicación entre el equipo de salud para la notificación de incidentes y eventos adversos.
- d. Participación activa del personal perteneciente al Centro de Salud y Microred Salud San Isidro.

C. COMPONENTES

Los componentes a desarrollarse en el plan son los siguientes:

- a. Planificación y Organización
- b. Capacitación
- c. Gestión del Riesgo
- d. Evaluación

D. LOS EJES ESTRATEGICOS

Los ejes estratégicos a desarrollar en el presente plan son los siguientes:

- a. Planificación para la Calidad y Seguridad
- b. Competencias del Recurso Humano
- c. Rondas de Seguridad
- d. Registro, notificación y análisis de la ocurrencia de incidentes, eventos adversos y eventos centinela en salud.
- e. Adherencia del personal de salud a la Higiene de Manos

E. ACTIVIDADES

Visualizar en el Anexo N1

F. PRESUPUESTO

LINEA DE ACCION	MATERIAL E INSUMOS	COSTO
Planificación y organización	Material de escritorio	S/1138.10
Capacitación en seguridad del paciente	Material de escritorio	
Gestión del riesgo	Material de escritorio	
Gestión del incidente y evento adverso	Material de escritorio	
Evaluación	Material de escritorio	

G. EVALUACION

La evaluación del plan se realizará dos veces al año, siendo los indicadores:

- a. Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan anual de Seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- b. Porcentaje de servicios que reportan eventos adversos en el Centro y Microred de Salud San Isidro.
- c. Porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud en el Centro y Microred de Salud San Isidro.
- d. Porcentaje de rondas de seguridad del paciente ejecutadas en el Centro y MRSI.

VII. RESPONSABILIDADES

Los responsables son el Comité de Gestión de Calidad de la Microred de Salud y Centro de Salud San Isidro, quienes supervisan, monitorean y evalúan las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de calidad.

VIII. ANEXOS: INDICADORES

Nº	PROCESO	ESTANDAR	INDICADOR	FORMULA	PERIODO	FUENTE	UMBRA L	REFERENCIA NORMATIVA	CATEGORIA	RESPONSABLE
1	SEGURIDA DEL PACIENTE	Los Establecimientos de Salud registran y notifican Eventos Adversos	Porcentaje de Establecimientos de Salud que registran y notifican Eventos Adversos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos de Salud que registran y notifican Incidentes y Eventos Adversos}}{\text{Total de Establecimientos de Salud de la DISA/DIRESA/GERESA}} \times 100$	Trimes tral	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, DIGEMID, 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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción}}{\text{Total de recetas auditadas en el mes}} \times 100$	Trimes tral	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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal asistencial con adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos}}{\text{Total de personal asistencial observado}} \times 100$	Trimes tral.	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	

ANEXO 2: PRESUPUESTO ANUAL

MATERIAL DE ESCRITORIO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	COSTO TOTAL ANUAL
Lapiceros Costo unitario = S/1.50	1 lapicero mensual TOTAL = 5 COSTO = S/7.50	S/22.50			
Hojas bond (Paquete) Costo unitario = S/17.50	1 paquete mensual TOTAL = 3 COSTO = S/52.5	S/210.00			
Files (Paquete de 25 unidades) Costo unitario = S/8.80	1 paquete mensual TOTAL = 3 COSTO = S/26.40	S/105.60			

<p>Tinta para impresora</p> <p>Conjunto de Tóner (Color Magenta, Amarillo, Negro y Celeste)</p> <p>Costo Unitario = S/50.00</p> <p>Costo por las 4 tintas = S/200.0</p>	<p>Conjunto de 4 toners de 4 colores diferentes por trimestre</p> <p>TOTAL = 1</p> <p>Costo = S/200.0</p>	<p>Conjunto de 4 toners de 4 colores diferentes por trimestre</p> <p>TOTAL = 1</p> <p>Costo = S/200.0</p>	<p>Conjunto de 4 toners de 4 colores diferentes por trimestre</p> <p>TOTAL = 1</p> <p>Costo = S/200.0</p>	<p>Conjunto de 4 toners de 4 colores diferentes por trimestre</p> <p>TOTAL = 1</p> <p>Costo = S/200.0</p>	<p>S/800.00</p>
				<p>TOTAL</p>	<p>S/1138.10</p>

Anexo N° 03

Responsable de Calidad en Salud: Carla Judith Mena Canlla
Correo electrónico: zonacademica.cjmc@gmail.com
Número Celular: 950213380
Número de teléfono fijo

PROGRAMA DE SUPERVISIÓN Y ASESORIA TÉCNICA

II semestre: Zona Rural y Periurbana

<u>MESES</u>	<u>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</u>	<u>FECHAS PROPUESTAS</u>
MAYO	P.S LA CANO	22
	P.S SAN JOSE	22
JUNIO	P.S SAN CAMILO 7	10-11
	P.S SAN CAMILO 6	17-18

CAPACITACIONES Y SOCIALIZACION DE NORMAS PROGRAMADAS

<u>TEMA</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>FECHA</u>
Capacitación en Proyectos de mejora Capacitación procesos de auditoria	Responsable de calidad GERSA	mayo
Capacitación de autoevaluación	Responsable de calidad	junio
Capacitación en seguridad del paciente	Responsable de calidad	junio
Capacitación procesos de auditoria	GERSA	junio
Capacitación en herramientas estadísticas	Responsable de calidad	julio
Capacitación en estudios de tiempo	Responsable de calidad	setiembre
Socialización de Normas	Responsable de Calidad	mayo todos los meses.

REUNIONES TECNICAS PROGRAMADAS 2025 MICROREDES

<u>MESES</u>	<u>ACTIVIDAD</u>
ENERO	Evaluación Anual
MARZO	Reunión Técnica
ABRIL	Evaluación del I Trimestre
MAYO	Reunión Técnica
JUNIO	Socialización de Normas
AGOSTO	Reunión Técnica
SETIEMBRE	Evaluación I semestre
OCTUBRE	Reunión Técnica
NOVIEMBRE	Socialización de Normas
DICIEMBRE	Reunión Técnica



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos del Plan de Salud es el de mejorar la calidad de los servicios de salud, en nuestro País, esto se está logrando a través de los procesos de acreditación de los servicios de salud, los cuales se basan en el cumplimiento de los requisitos de los servicios de salud, en el cumplimiento de los estándares de calidad, en el cumplimiento de los estándares de seguridad y en el cumplimiento de los estándares de accesibilidad.

Dentro del cumplimiento de la calidad y mejoramiento de la calidad del Sistema de Salud, se ha iniciado en Perú, la acreditación de los servicios de salud, que implica el cumplimiento de la prestación de salud a través de una serie de estándares, promoviendo la mejora continua de los procesos. Este proceso permitirá adoptar las mejores prácticas, mejorar la calidad de los servicios de salud, y promover la participación de los usuarios en la gestión de los servicios de salud, así como la mejora de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud.

MICRORED DE SALUD SAN ISIDRO

La acreditación de los servicios de salud es un proceso de mejora continua que implica el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad.

PLAN DE ACREDITACION DE LAS IPREES

FASE AUTOEVALUACION

PERIODO 2025

La Autoevaluación es un proceso de mejora continua que implica el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad.

II. FINALIDAD

FORMULACIÓN DEL PLAN

Conocer y garantizar a los usuarios y sistemas de salud, la calidad de los servicios de salud, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad.

OPERATIVO

III. OBJETIVO
GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
MICRO RED SAN ISIDRO
M.C. *Carla Mena Canlla*
DMP 69852

IV. OBJETIVO

1. Ordenar y garantizar a los usuarios de los servicios de salud, la calidad de los servicios de salud, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad, en el cumplimiento de los estándares de calidad, de seguridad y de accesibilidad.

2025

V. ANEXO DE APLICACIÓN

I. INTRODUCCIÓN:

Uno de los objetivos de todo Sistema de Salud es mejorar la accesibilidad al Sistema Sanitario, en nuestro País, esto se está logrando a través del Seguro Integral de Salud; sin embargo, ahora los ciudadanos requieren de los servicios una mejor calidad. La calidad de los servicios es un proceso permanente de mejora continua, que inicia con la implementación de las Normas y Directivas establecidas a nivel Nacional, Regional y Local para el funcionamiento de los establecimientos de salud.

Dentro del componente de garantía y mejoramiento de la calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, la autoevaluación es una metodología que evalúa el desempeño de la prestación de salud a través de una serie de estándares, promoviendo la mejora continua de procesos. Este proceso permitirá adoptar estrategias para mitigar el riesgo de eventos adversos. Este proceso permitirá adoptar estrategias para mitigar el riesgo de eventos adversos y permitir el uso eficiente y eficaz de sus recursos; mejorar la confianza de los usuarios e incrementar su satisfacción por los servicios que reciben.

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 del primer nivel de atención, cuenten 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.
2. Promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud, a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan tendrá alcance al 100% de los Establecimientos de Salud de la Micro Red San Isidro

V. BASE LEGAL:

- Ley N° 28842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 03- 2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- R.M. N° 519-2006 aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"
- NTS. N° 050-MINSA DGSP-V. 2 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

VI. CONTENIDO

El Centro de Salud San Isidro en sus últimas autoevaluaciones realizadas tiene como precedente en el año 2022 un puntaje del 63% y el año 2023 de 54.0%, puntaje 2024 fue % los mismo que ha permitido la verificación de estándares para la correspondiente subsanación de las desviaciones y riesgos en el cumplimiento de metas y objetivos de los procesos institucionales con eficacia y eficiencia. En este contexto es imprescindible dar cumplimiento al Proceso de Autoevaluación 2025 conforme indica la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Cuadro con puntajes por puesto

DISPOCISIONES GENERALES

- El proceso comprende dos fases: Autoevaluación y evaluación externa
- El proceso para el primer nivel comprende a una micro red
- Comparten responsabilidades la comisión nacional sectorial, la comisión regional sectorial y la dirección de calidad de salud.
- Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores certificados
- La evaluación se realiza en base a estándares de acreditación, es el único instrumento para la evaluación periódica.
- El proceso de acreditación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

Autoevaluación

- A cargo de un equipo de evaluadores internos
- Es de carácter obligatorio
- Se realiza mínimo una vez al 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 meses de la última autoevaluación aprobada

Consideraciones Específicas:

1. El proceso comprende la fase de evaluación Interna Autoevaluación
2. Las acciones de evaluación estarán a cargo de evaluadores internos previamente capacitados.
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. Se brindará asistencia técnica durante la ejecución.
7. El proceso de autoevaluación debe ser llevado con absoluto respeto, imparcialidad, transparencia y confidencialidad.

METODOLOGIA DE EVALUACIÓN:

Las Referencias Normativas y las fuentes auditable.

Se utilizarán las Directivas y normas técnicas del Ministerio de Salud, que estandarizan los procesos en cada servicio o área, el cual se realizará según cada macroproceso.

Las fuentes auditables son libros de registros y/o cuadernos, documentos de gestión de la Institución, guías de prácticas clínicas o protocolos, informes realizados al director general y gerencia regional de salud, informes de auditoría de caso, reportes estadísticos y de la oficina de epidemiología, sistemas informáticos (siga, sigalenplus, etc.)

Las Técnicas a utilizar:

- ✓ Se realizarán reuniones técnicas de capacitación, de elaboración del plan, de apertura, de entrenamiento, reuniones técnicas del equipo de autoevaluación, de cierre y presentación de resultados.
- ✓ Se realizará verificación/revisión de documentos durante la evaluación de los diferentes macroprocesos.
- ✓ Se realizará observación para identificar los procesos a través de un listado de chequeo.
- ✓ Se realizará entrevistas a los jefes de cada servicio, y según la necesidad a los trabajadores

que en ese momento están brindando la atención, para determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación.

- ✓ Se realizará muestreo aleatorizado al 5% de pacientes para la identificación de su satisfacción, de trabajadores sobre conocimiento de procesos gerenciales.

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**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

VII. RESPONSABILIDADES

Comité del Proceso de Autoevaluación:

- Unidad funcional designado oficialmente
- La Coordinación la realizara la Responsable de Calidad.
- Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

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) con experiencia en procesos de apoyo (2)
- El evaluador líder será el responsable del área a autoevaluar.
- Formulan el Plan y el Informe Técnico de Autoevaluación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN A

Actividades	Responsable	Cronograma							
		ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	agos
Conformación del Equipo de evaluadores	Comité de Autoevaluación		X						
Aprobación del Plan	Director Ejecutivo			X	X				
Designación de responsables por cada macro proceso	Comité de Autoevaluación			X	X				
Elaborar y oficializar el plan de autoevaluación	Comité de Autoevaluación				X				
Preparación de material de Trabajo	Comité de Autoevaluación				X	X			
Reunión de trabajo con el equipo evaluador, análisis final del listado de estándares de acreditación	Comité de Autoevaluación				X		X		
Presentación del plan a jefes de servicio, personal	Comité de Autoevaluación						X		
Inicio de la autoevaluación	Comité de Autoevaluación						X	X	