



RESOLUCIÓN JEFATURAL

N°084 -2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.MCD.ZAM-J

Visto el documento. del responsable de Calidad en Salud de la MR. Zamácola, donde solicita la emisión de Resolución de Aprobación del **“Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de la MR. Zamácola 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 o 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 de 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.

Que de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Arequipa – Caylloma aprobado por O.R. N° 044-2008-AREQUIPA, de fecha 14 de marzo del 2008, en su Artículo 8° Funciones Generales, inciso s) dice “Cumplir con las Normas del Sistema de Gestión de la Calidad”.

Qué, por R.M. N°519-2006/MINSA del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, en el cual se señala en el eje de intervención de garantía y mejora de la calidad, como instancia para fomentar, fortalecer y brindar apoyo técnico en el desarrollo de procesos de mejoramiento de la calidad insta en el Desarrollo é Implementación de la garantía y mejoramiento de la Calidad la Auditoria de la Calidad de Auditoria de Calidad en la Atención en Salud.

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 en sus disposiciones especificaciones, la organización para la acreditación, implica diferentes unidades orgánicas y funcionales que asumen responsabilidades exclusivas compartidas para el desarrollo del proceso de acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Médicos de Apoyo.

La Jefatura de la Microred de Salud Zamácola, dispone la emisión de la R.J. de aprobación del Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. de la MR. Zamácola, para el periodo 2025.

Con la opinión favorable de la Jefatura de la Micro Red.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º Aprobar, el "Plan del Proceso de Acreditación y Autoevaluación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. para el período 2025 de la Micro Red Zamácola

ARTICULO 2º El Comité será responsable de la elaboración y ejecución del Plan Anual de Autoevaluaciones, Apoyo técnico de los equipos evaluadores internos, Proceso de autoevaluación de todas las IPRESS de su jurisdicción, apoyo en todo el proceso de las actividades programadas en el Plan de autoevaluación bajo estricta responsabilidad legal y administrativa.

ARTÍCULO 4º.- Encargar al Responsable de Personal la notificación de la presente resolución.

Dada en la Micro Zamácola a los trece días del mes de Mayo del Dos mil veinticinco

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
MICRORED DE SALUD ZAMACOLA
.....
Navy Vasquez Partillo
Navy Vasquez Partillo
MEDICO PUERTO RICO
C.M.P. 3356
REGISTRACION Y DESTINACION SALUD 039109
JEFE DE LA MICRO RED

NVP/vos.
c.c. archivo



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

MICRORED ZAMACOLA

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

FORMULACIÓN DEL PLAN

OPERATIVO

2025

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. BASE LEGAL**
- 3. AMBITO DE APLICACIÓN**
- 4. COMPONENTES**
- 5. FINALIDAD**
- 6. OBJETIVOS: GENERAL, ESPECIFICOS**
- 7. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**
- 8. ACTIVIDADES A DESARROLLAR
ESTRATEGIAS
INDICADORES**

INTRODUCCIÓN

El sistema de Gestión de la calidad está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir regular, brindar asistencia técnica y evalúa a las entidades de salud del sector y sus dependencias públicas en los tres niveles Nacional, Regional y Local en lo relativo a la calidad de salud.

El sistema de gestión de la calidad es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión la calidad en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad y que lleva a cabo mediante el desarrollo de los componentes de: planificación, organización, garantía y mejora e información para la salud

Documento mediante el cual se establecen los objetivos, actividades y tareas relacionadas a las líneas de acción del sistema de gestión de la calidad en salud. 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 en el marco de los lineamientos de política del sector salud la Microrred Zamácola considera fundamental mejorar la calidad de todos su Microrred 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.

Por lo tanto, la mejora de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud. En este marco la organización Mundial de la 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

En cumplimiento con el 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 de toda la Microrred Zamácola.

Las deficiencias en resultados en la situación actual se tratarán de concretizar y mejorar acciones en este año 2025.

Presentación.

La calidad en salud es diferente de la calidad de una marca comercial. La salud de las personas está por encima de todo; si aparece un insecto en la botella de una cerveza usted la desecha, pero si aparece una gasa en cavidad peritoneal, su cliente no va a poder desecharla fácilmente.

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”

2.- BASE LEGAL:

- Ley N° 29158, Ley orgánica de poder Ejecutivo (LOPE)
- Ley 27658, ley Marco de modernización de la gestión de Estado y modificatorias y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N°030-2002-PCM
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función Rectora del Ministerio de Salud
- Decreto Legislativo N°1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto público
- Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
- Decreto Legislativo N°1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatorias
- Decreto Supremo N° 008-2017-S. A, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatorias
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública
- Decreto Supremo N° 026-2020-S. A Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable
- Decreto Supremo N° 030-2020-S. A que aprueba el Reglamento de la Ley 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud
- Resolución de Presidencia de consejo directivo N° 26-2017-CEPLAN/PCD que aprueba directiva N°001-2017-CEPLAN/PCD directiva para la actualización del Plan Estratégico de desarrollo

Nacional, modificada por Resolución de presidencia de Consejo Directivo N°00009-2021/CEPLAN/PCD

- Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 033-2017/CEPLAN/PCD aprueba la guía para el Planeamiento institucional y modificatorias
- Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA, que el plan Estratégico sectorial multianual PESEM 2016-2021 del sector salud
- Resolución Ministerial N°425-2016 MINSA que aprueba el documento “lineamientos para la elaboración y aprobación de las normas de organización y funciones de los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial 425-2016 que aprueba documento” lineamientos para la elaboración y aprobación de las normas de organización y funciones de los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud
- Resolución Directoral N° N° 0030-2020-EF/50.01 que aprueba la directiva N°0005-2020 EF/50.01 Directiva para el diseño de los programas presupuestales en el marco del presupuesto por resultados
- Resolución Ministerial N° 167-2017/MINSA que aprueba el documento técnico lineamientos para la prestación de servicios de salud en las Redes de servicios de salud (Redes integradas de atención primaria de Salud)
- Resolución ministerial N° 450-2017 que aprueba los lineamientos para la elaboración y aprobación de los manuales de operaciones de los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud direcciones de Redes Integradas en Salud
- Resolución Ministerial 467-2017/MINSA que aprueba el manual de operaciones de las direcciones de Redes Integradas de salud
- Resolución Ministerial N°1334-2018/ MINSA que aprueba el plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2021 del Ministerio de Salud y sus ampliaciones
- Resolución Ministerial N° 643-2019/MINSA, que aprueba la directiva administrativa N°271 – MINSA/2019//DIGER, directiva administrativa para la formulación de planes de contingencia de las entidades e instituciones del sector salud
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba el documento” Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”

3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva administrativa es de alcance nacional, se aplica a todos los órganos y unidades orgánicas del Ministerio de Salud, sus órganos desconcentrados, programa y organismos públicos adscritos y es de referencia

para las Gerencias Regionales de Salud GERESAS y direcciones Regionales de Salud DIREAS de los pliegues regionales

Microrred Zamácola brindará asesoría a los puestos de salud de su jurisdicción para su mejor organización funcionamiento y desarrollo de las actividades programadas

DATOS	Nº
Población estimada 2024	106,880
Nº de Microrredes	01
Nº de Puestos Salud	01
Nº de C .Salud	03

4. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

- Políticas de salud
- Planes operativos con enfoque de calidad, y Auditoria de la calidad

ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

- Implica la definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo funciones para la gestión de calidad integrada al sistema de salud.
- Las actividades deben ser sostenibles, con compromiso para aplicar adaptar sostener y continuar desarrollando la garantía de calidad
- La organización comprende desde el nivel Central Regional y Local.

GARANTÍA Y MEJORAMIENTO

Conjunto de acciones sistemáticas que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño en forma continua para que la prestación de servicios sea efectiva y eficaz y segura orientándose a la satisfacción del usuario:

- Autoevaluación y acreditación

- Auditoria clínica en salud
- Proyectos de mejora continua
- Satisfacción del usuario externo
- Seguridad del paciente

INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD ESTRATEGIAS:

- **Organización:** Aplicación del sistema de gestión de calidad en los espacios Regionales, locales en el marco de la descentralización
 - **Educación:** sensibilización y capacitación del personal de las instituciones del sector en la nueva filosofía procesos, herramientas y técnicas necesarias
 - **Sostenibilidad:** difundir instalación de mecanismos de comunicación, asistencia técnica y apoyo en la implementación del sistema y mantener el interés y compromiso por el avance de sus componentes
 - **Reconocimiento:**
 - **Evaluación, Monitoreo**
- **Investigación**

COMPONENTES

- Planificación para la calidad: reclamos, políticas, estrategias, objetivos planes de acción
- Organización para la calidad: nivel Nacional, DIRIS, Diresas Redes MicroRedes, IPRESS
- Garantía y mejora de calidad: auditoria de la calidad, acreditación, seguridad del paciente, mejora continua, evaluación y Tecnología
- Información para la calidad: indicadores, estándares, satisfacción del usuario externo, clima organizacional, vigilancia ciudadana

5. FINALIDAD

Contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de los planes específicos en el Ministerio de Salud (Minsa) que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes

6. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos metodológicos, pautas y procedimientos para el proceso de formulación, seguimiento y evaluación de los planes específicos en el MINSA, de acuerdo a los instrumentos de gestión sectorial e institucional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer mecanismos de coordinación y articulación para la formulación, aprobación, seguimiento y evaluación de los planes específicos
2. Alinear los objetivos y actividades de los planes específicos, con los objetivos, acciones y actividades de los planes estratégicos Institucionales y operativos del MINSA
3. Mejorar la información para los procesos de seguimiento y evaluación de planes específicos aprobados

8	Implementación de la autoevaluación del proceso de acreditación de establecimientos de salud	informe	1	Actividad de evaluación interna del proceso de acreditación del establecimiento de salud mediante estándares preestablecidos agrupados por macroprocesos	Conformación de equipos, planes de acreditación , comunicación de inicio de autoevaluación																
9	Encuesta aplicada al usuario externo	Informe	1	Medición de satisfacción del usuario externo en consulta externa en IPRESS con categoría I-3 I-4	Informe Anual																

PLAN RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

MICRORED ZAMACOLA

La existencia de múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados pudiendo con ellos causar daño e incluso la muerte del paciente.

En nuestro País la conciencia cada vez es mayor de los derechos de los pacientes y presencia de mecanismos para facilitar su expresión que están poniendo en evidencia los eventos adversos en nuestra realidad.

Que por Resolución Ministerial N°676-2006/MINSA se aprobó el plan nacional de Seguridad del Paciente con sus respectivos componentes y actividades

Los servicios de emergencia y materno han mostrado mayor vulnerabilidad a los reclamos, por lo tanto, se hace necesario abordar este problema en torno a la seguridad del paciente

Desde el punto de partida hasta hoy: la gestión en la Seguridad del Paciente tiene que ver mucho con

- ✓ La motivación: Errores humanos, Experiencias de pacientes
- ✓ Los desarrollos los objetivos internacionales, La terminología, la red de salud Arequipa Caylloma ha ido sumando a los procesos de Seguridad del Paciente.
- ✓ La tríada que define la gestión en la Seguridad del Paciente:
 1. Hay daño (o la probabilidad de ello)
 2. El daño es atribuible a la “atención en salud” y no a la enfermedad o a una lesión subyacente
 3. El daño se produce de manera involuntaria;
 - El evento adverso
 - El evento centinela (JointCommissionInternational)
 - Incidente (sin daño), “casi evento”, “casi error”
- ✓ Impacto de los eventos adversos que afectan los costos de la Organización:
 - En vidas de pacientes: En Recursos para el Resarcimiento
 - Estancias Medicamentos
 - Procedimientos en la relación con los clientes:
 - Compradores
 - Clientes/pacientes
 - El costo de las consecuencias legales

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 los EESS.

- ✓ Rondas de Seguridad

- Por qué implementarlas?

- ✓ Objetivos de las rondas de seguridad en la institución

- Crear cultura

- Establecer líneas de comunicación

- Identificar problemas de seguridad

- Generar rápidas respuestas

- ✓ Algunas medidas de éxito

- Reportes por quienes han sido involucrados

- Mejora en el Clima de Seguridad

VI INDICADORES

Nº	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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que registran y notifican Eventos Adversos}}{\text{Total de Establecimientos de Salud de la DISA/DIRESA/GERESA}} \times 100$	Trimestral	Informe/Reporte del aplicativo de reporte de eventos adversos	70%	R.M. Nº676-2006/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		En todas las Intervenciones quirúrgicas se aplica la Lista de Verificación de la Seguridad en la cirugía	Porcentaje de Cirugías en las que se aplica la Lista de Verificación de la Seguridad	$\frac{\text{Nº de cirugías en las que aplican la Lista de Verificación de la Seguridad}}{\text{Total de cirugías en el establecimiento}} \times 100$	Trimestral	Informes, Auditoría de historias clínicas de cirugía Archivos de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía	70%	R.M. Nº308-2010/MINSA, "Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía"	II-1 al III-2	
3		Los establecimientos cumplen con la DCI en la prescripción	Porcentaje de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción	$\frac{\text{Nº de recetas que cumplen con la DCI en la prescripción}}{\text{Total de recetas auditadas en el mes}} \times 100$	Trimestral	Reporte de recetas prescritas en el establecimiento	80	Manual de Buenas Prácticas de Prescripción MINSA 2005	I-1 al II-2	
4		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	$\frac{\text{Nº de personal asistencial con adherencia a la técnica multimodal de higiene de manos}}{\text{Total de personal asistencial observado}} \times 100$	Trimestral	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	

EVALUACIÓN DEL AVANCE DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025 CENTRO DE SALUD ZAMACOLA

N°	ETAPA	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA											
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Planificación	Plan de seguridad del paciente	Plan elaborado	1			x									
2	Ejecución	Sensibilización	Reunión	1			X									
3		Análisis de Indicadores de recetas DCI	Informe	2			X									x
4					Eventos adversos	Informe	4			x		x		x		
5		Lavado de manos	Informe	4			X		X		X				x	
6		Resultados	Socializar resultados	acta	1				x							
	Intervenciones	Monitorear las acciones de mejora de seguridad del paciente	Informe	1												x
		Evaluación del avance del plan de seguridad del paciente	Informe	4			x		x		X				X	

Plan de Trabajo de Autoevaluación de la MicroRed 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.**

Mediante Resolución Ministerial **N° 456-2007/ MINSA** se aprobó la **NTS N°050-MINSA/ DGSP-V02** norma técnica para la acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos 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 Aut. Sanit. 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 (2).

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**

VI INDICADORES

Nº	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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han realizado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa Caylloma}}$	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 R.M. Nº 727-2009/MINSA, "Política Nacional de Calidad"	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	$\frac{\text{Nº de Establecimientos de Salud que han aprobado la Autoevaluación}}{\text{Total Establecimientos de Salud que pertenecen a la Red Arequipa.}}$	Anual	Reporte del aplicativo de Acreditación que han realizado la autoevaluación	75%			

ANEXO N° 1-A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN - 2025

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	MES - Mayo
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones del equipo evaluador para elaboración del plan y designación de evaluador líder 	Juana Villegas Núñez Dra. Narvy Vásquez Portillo	Mayo
<ul style="list-style-type: none"> - Designación de responsables por cada proceso 		Mayo
<ul style="list-style-type: none"> - Reunión de trabajo con el equipo evaluador análisis final del listado de estándares de acreditación - Presentación del plan a jefes de servicio personal 		Mayo

N°	MACROPROCESO	RESPONSABLES	FIRMA
1	DIRECCIONAMIENTO	Dra. Narvy Vásquez Portillo	
2	GESTION DE RECURSOS HUMANOS	Tec. Verónica Ortiz Soto	
3	GESTION DE LA CALIDAD	Lic. Juana Villegas Núñez	
4	MANEJO DE RIESGOS DE ATENCION	DR. Joel Arroyo Saenz	
5	GESTION DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	Tec. Beatriz Pacori	
6	CONTROL DE GESTION DE PRESTACIONES	Dra. Gabriela Calisaya Ramos	
7	ATENCION AMBULATORIA	Dr. Gabriela Calisaya Ramos	
8	ATENCIÓN EXTRAMURAL	A.S. Ana Maria Mogrovejo	
9	ATENCION HOSPITALARIA	Dra. Madeleine Tapia	
10	ATENCION DE EMERGENCIA	Dr. Gabriela Calisaya Ramos	
11	ATENCION QUIRURGICA	No aplica	
12	DOCENCIA E INVESTIGACION	Dr. Joel Arroyo Saenz (no aplica)	
13	APOYO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	Dr. Joel Arroyo Saenz	
14	ADMISIÓN Y ALTA	Dra. Gabriela Calisaya Ramos	
15	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Dra. Gabriela Calisaya Ramos Dig .Maria Fernanda Barreda	
16	GESTION DE MEDICAMENTOS	Dra. Nereyda Figueroa Del Carpio	
17	GESTION DE INFORMACIÓN	Tec. Rosio Lizarraga Vargas	
18	DESCONTAMINACION LIMPIEZA DESINFECCION	Insp. Luis Chancatuma Sucari	
19	MANEJO DE RIESGO SOCIAL	A.S. Ana Maria Mogrovejo	
20	MANEJO DE NUTRICIÓN DE PACIENTES	Nutric.Maribel Sahuanay (no aplica)	
21	GESTION DE INSUMOS Y MATERIALES	Tec. Lizeth Flores Choquehuanca	
22	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	Tec. Lizeth Flores choquehuanca	

MICRORED ZAMÁCOLA

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

COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD

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 Bibliográfica	13

I. 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.

El Comité de Auditoría de la Calidad de la MicroRed Zamácola, 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.

II. FINALIDAD

Mejorar la Calidad de la Atención en Salud, incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención en la Microrred Zamácola, a fin de promover la calidad y la mejora continua en la correcta administración de las Historias Clínicas”

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo N° 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”.

5. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.
6. Resolución Ministerial N° 474 – 2005/ MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 del 23 de junio del 2005.
7. Resolución Directoral N° 051-2005/DGSP que constituye el Comité Técnico de Auditoría en Salud.
8. Resolución Directoral N° 047-2006/DGSP que modifica el Comité Técnico de Auditoría en Salud
9. **Resolución Ministerial N° 502- 2016/ MINSA** aprueba norma técnica N° 029- Minsa/DIDEPRES-V-02 numeral 6.1.1 establece los comités de Auditoría de la calidad de atención en salud y auditoría Médica

IV. ANTECEDENTES:

Algunos autores consideraron a la auditoría como:

“El análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes” (1989, “Working for patients” U. K.).

“La evaluación de la calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas” (1967, Virgil N. Stee).

“La regulación y mantenimiento de los más altos estándares posibles apropiados a cada situación”. (1986; Health D. H.).

“Auditoría es el proceso crítico del cuidado de la salud, identificando deficiencias para proponer soluciones” (Crombie I. K., 1993).

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.

V. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Establecer las acciones para la implementación y operativización de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Centro De Salud Zamácola y Puestos de salud de la jurisdicción

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Buscar la mayor eficiencia en los diferentes procesos de atención y mejorar la calidad de las historias clínicas.
- b. 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.
- c. Identificar los elementos que influyen y determinan la percepción de la calidad de atención de los servicios y prestaciones de la Microrred Zamácola

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

En el Centro de Salud Zamácola y Puestos de Salud de la Jurisdicción

VI. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN:

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES:

La Microrred Zamácola las auditorías son ejecutadas habitualmente cuando se han producido los eventos adversos.

La aplicación de las auditorías de registro, donde se observa que las Historias Clínicas tienen resultados de Por mejorar a deficiente.

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:

Para este año se ha seleccionado trabajar con:

- a. La Auditoría de Historias Clínicas de las diferentes etapas de vida, que comprende todo el accionar como:
- b. Las Historias Clínicas deben estar accesibles al personal autorizado durante el horario de atención.
- c. Deben organizar, mantener y administrar un archivo de historias clínicas en medios convencionales o electrónicos.

- d. Utilizar carpetas familiares, fichas familiares y los formatos según etapas de vida.
- e. Los formatos deben consignar parte de la Historia Clínica, deben consignar los nombres y apellidos del paciente y número de la historia en lugar uniforme y de fácil visibilidad.
- La auditoría de los registros en la Historia clínica, que comprende:
- f. Las atenciones brindadas a los usuarios deben registrarse obligatoriamente en la H. Clínica como: fecha, hora, nombre, firma y número de colegiatura si correspondiera, del profesional que brinda la atención.
- g. Todas las anotaciones en la Historia clínica deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando solo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas internacionales y otras que hayan oficializado las instituciones, En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos. y ni en el HIS.
- h. Los diagnósticos consignados corresponderán a la Clasificación Internacional de Enfermedades debiendo estar codificadas por quien realizó la atención de acuerdo a la CIE 10 o la vigente.
- La Auditoria de Casos Clínicos si se presentan.

DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	LÍNEAS DE ACCIÓN	ACTIVIDADES
<p>Buscar la mayor eficiencia en los diferentes procesos de atención y mejorar la calidad de las historias clínicas.</p>	<p>Evaluación de los diferentes procesos de atención de nuestros establecimientos y mejorar la calidad de su registro en las historias clínicas.</p>	<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.
<p>Maximizar el rendimiento de la atención de salud y capacitar a los</p>	<p>Capacitación al personal de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar y sensibilizar el personal sobre la Norma Técnica y la

prestadores de los servicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas para las organización		importancia de la Auditoria. <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal en los aspectos o nudos críticos en los procesos que han sido auditados
---	--	--

METODOLOGÍA:

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

ACTIVIDADES POR COMPONENTE:

A. 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.

B. 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.

C. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

- El monitoreo de las actividades será realizado por el Comité de Calidad.

- La evaluación final estará a cargo del Comité de Auditoria y del Comité de Calidad, al finalizar el año.

VII. DISPOSICIONES FINALES

1. 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.
2. 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
- 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
- 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

Establecimientos de la Microrred Zamácola

Establecimiento	Microrredes	Centros de Salud	Puestos de Salud	Hospital	TOTAL EESS
Microrred Zamácola		03	01		04
TOTAL					04

7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA:

Cada Responsable de etapa de vida indicara la meta a evaluar de los registros asistenciales.

Etapa de Vida	META MICRORED	EESS	EESS	EESS	EESS	EESS
8.- Niño	3X MES					
Adolescente	“					
Joven	“					
Adulto	“					
Gestante	“					
Adulto Mayor	“					
TOTAL	18					

COMITÉS DE AUDITORIA

Con Resolución Jefatural N° se aprueba el comité de la calidad el mismo está dividido en dos comités:

Comité de Auditoría en Salud (CAS) se aplica a auditorias programada

OBJETIVO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACTIVIDAD
<i>Implementar la norma técnica de auditoría de la</i>	<i>1.- Promover la formación de Comités</i>	<i>1.-Identificar y convocar al personal capacitado en Auditoria</i>

calidad de la atención en salud en la Microrred Zamácola	<i>de Auditoria en las Microrredes de salud</i>	<i>Médica, Auditoria en Salud, Auditoria de la Calidad, Salud Pública, para conformar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. 2.-Conformación de Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 3.-Oficialización de los Comités de Auditoría, con Resolución Directoral</i>
	<i>2.- Elaborar Plan de Auditoria Anuales en, Microrredes, que cuenten con Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.</i>	<i>1.- Diseñar y aprobar los Planes de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud 2.- Inclusión en los Planes Operativos Anuales establecimientos, las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.</i>
	<i>3.- Evaluar el contenido y la implementación de los Planes de Auditoria anuales.</i>	<i>1.- Evaluación y monitoreo de la implementación de los Planes de Auditoria en cada Microrred</i>
	<i>4.- Difundir la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.</i>	
	<i>5.-Monitorizar la implementación de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad</i>	

	de la Atención en Salud.	
--	--------------------------	--

OBJETIVO	OBJETIVO ESTRATEGICO	ACTIVIDAD
Implementar la norma técnica de auditoría de la calidad de la atención en salud para la red Arequipa Caylloma.	<i>Capacitar Auditores, en el marco de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.</i>	<p>1.- Gestionar y coordinar con la GERSA Calidad, la capacitación en Auditoria Médica a todos los integrantes de los comités de auditoría de los establecimientos de salud</p> <p>2. Gestionar la Asistencia técnica permanente</p>
	<i>Establecer un mecanismo de control y aseguramiento de la calidad de los procedimientos en Auditoria.</i>	<p>1. Reuniones entre los auditores de cada entidad de salud para la presentación de modelos de Auditorias de Caso.</p> <p>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.</p> <p>3. Reuniones entre Comités de Auditoría de diferentes instituciones del</p>

		<i>mismo nivel de complejidad para el intercambio de experiencias en auditoría.</i>
<i>Mejorar las prestaciones asistenciales en las áreas críticas para Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, para el periodo.</i>	<i>1.- Priorizar el proceso de Auditoría en las áreas asistenciales críticas.</i>	<i>1. Inclusión en el Plan de Auditoría Institucional auditorías de calidad de registro, calidad de la atención y de caso de acuerdo a las prioridades locales en salud. 2. Desarrollo de Auditorías concurrentes en los Departamentos, servicios y/o unidades</i>
	<i>2.-Articular el proceso de Auditoría con el desarrollo de PMCC.</i>	<i>Implementación de proyectos de mejora a partir de las recomendaciones de los Informes de Auditoría.</i>

PLAN DE TRABAJO DE APLICACIÓN SERVQUAL 2025 PARA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO. DE LA MICRORED ZAMÁCOLA

I. INTRODUCCIÓN:

El presente Plan de Trabajo SERVQUAL 2025 de la MicroRed Zamácola 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 MicroRed Zamácola, 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 externo que acceden a los EESS de la MicroRed Zamácola, 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 de 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 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.

CONTENIDO

4.1. 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.

4.2. ETAPAS DE ESTUDIO

Para el cumplimiento de este Plan de Trabajo SERVQUAL 2023, 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.

4.3. REQUERIMIENTOS BÁSICO.

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

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

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 brinde su autorización para encuestarlo.

4.5. 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. La duración de la encuesta es aproximadamente 15 minutos.

4.6 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

MicroRed Zamácola	Tamaño de muestra
	490 Cs.Zamácola 130 Puestos de Salud 4 x 90 : 360

I. 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.