RESOLUCIÓN DIRECTORAL
Nº R.D. 68 – 2023 MGP/DICEPVMNA
FOLIO: 135

06 JUN 2023

Resolución Directoral

Visto, el Memorándum Nº 211 de fecha 12 de mayo del 2023 del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", mediante el cual remite el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Plan del Proceso de Autoevaluación y el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de la IPRESS del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que señala que la calidad en la prestación de los servicios de salud es una preocupación permanente del sector Salud, siendo la calidad, el eje de todos los procesos en la prestación de los servicios de salud;

Que, el Documento Técnico aprobado define al "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de Salud del Sector y sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, regional y local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión;

Que, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de este Centro Médico Naval "CMST", tiene entre sus funciones asesorar, formular y proponer los lineamientos y documentos técnicos necesarios para implementar el sistema de gestión de calidad en el hospital;

Que, con el documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", remite a esta Dirección el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Plan del Proceso de Autoevaluación y el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de la IPRESS del presente año, cuyo propósito es fortalecer las competencias profesionales del personal a su cargo, resultando necesario para el cumplimiento de los objetivos propuestos por esta Dirección, para cumplir con el cronograma de actividades para la Gestión de Calidad, programa de capacitaciones y supervisión a las respectivas IPRESS navales;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Plan del Proceso de Autoevaluación y el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de la IPRESS del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2º.- El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", a través de sus Divisiones, serán los responsables de la implementación, difusión y monitoreo del citado documento.

Artículo 3º.- El Sub Director del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", supervisará el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el referido documento para este nosocomio.

Artículo 4º.- La Oficina de Relaciones Públicas procederá a publicar la presente Resolución en la Página Web de la Dirección del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".

Regístrese, comuníquese y archívese.

Manuel LACH Borera
Contralmirante SN (MC)
Director del Centro Médico Naval
"Cirujano Mayor Santiago Távara"

DISTRIBUCIÓN:
Copia: Sub.Dir.Méd.Cent.Méd.Nav."CMST"
Jef.Ofic.Gest.Cal.Hum.Serv.Salud.Cent.Méd.Nav."CMST"
Jef.Of.Rel.Pú.Cen.Méd.Nav."CMST"
Archivo.-

DIRECCIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL "CMST"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

2023

HOJA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN: CENTRO MÉDICO NAVAL "CMST"
NOMBRE: PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD PERIODO 2023
VERSIÓN: 01
FECHA DE ELABORACIÓN: NOVIEMBRE 2022

DOCUMENTO ELABORADO POR:
Los Integrantes de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización:

C. de N. SN (O) Becky LAUREGUI Price	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud
C. de N. SN (O) Marian ROSS Guadalupe	Jefe de la División de Atención al Usuario
C. de C. SN (MC) Elizabeth ALIAGA Távara	Jefe de la División de Auditoría Médica y Seguridad de Paciente
Tte1° SN (O) Sigrieth CAJEZAS Espinoza	Jefe de la División de Mejora Continua y Autoevaluación
T.S Nancy PIZARRO Villegas	División de Auditoría
Lic. Enf. Juana SILUFÚ Núñez	División de Atención al Usuario
Lic. Enf. Judith HERRO Camarena	División de Seguridad de Paciente
Mg. Sandra GÓMEZ López	División de Mejora Continua

VALIDACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Becky JAUREGUI Price	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud

VALIDACIÓN EXTERNA DISAMAR:

C. de N. SN (MC) Roxanna TALLEDO Córdova	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico

APROBADO POR:

Cdte. SN (MC) Manuel LACA Barrera	Director del Centro Médico Naval "CMST"

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 07

II. DEFINICIONES OPERACIONALES 09

III. ARTICULACIÓN DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO MÉDICO NAVAL AL PLAN ESTRATÉGICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA, VALORES INSTITUCIONALES Y POLÍTICAS DE CALIDAD 13

3.1 Articulación del plan del sistema de gestión de la calidad en salud al plan estratégico del Centro Médico Naval "CMST" 13
3.2 Visión del Centro Médico Naval 13
3.3 Misión del Centro Médico Naval 13
3.4 Valores del Centro Médico Naval 14
3.5 Política de Calidad del Centro Médico Naval "CMST" 15

IV. FINALIDAD 15

V. BASE LEGAL 15

VI. ALCANCE 19

VII. ANÁLISIS SITUACIONAL 19
7.1 Características demográficas 19
7.2 Análisis de la oferta 19
7.2.1 Situación de la oferta 19
7.3 Acciones realizadas en el Centro Médico Naval "CMST" 20
7.4 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Centro Médico Naval Santiago Távara "CMST" 25
7.5 Análisis de la demanda de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Médico Naval "CMST" 27
7.5.1 Proceso de Autoevaluación 27
7.5.2 Atención al Usuario en el Centro Médico Naval "CMST" 29
7.5.3 Análisis de los resultados del Proceso de Auditoría Médica 33
7.5.4 Proceso de Seguridad del Paciente 37
7.5.5 Proceso de Mejora Continua 39
7.5.6 Acciones a implementar en el proceso de Mejora Continua 40
7.6 Estrategias derivadas del análisis FODA del Sistema de Gestión de la Calidad 41
7.7 Riesgos y Controles 44
7.7.1 Riesgos 44
7.7.2 Controles 47

VIII. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA SALUD DEL CENTRO MEDICO NAVAL "CMST" 48

8.1 Objetivos generales de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud 49
8.2 Objetivos específicos de la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud 49

IX. RESPONSABLES 50

X. BIBLIOGRAFÍA 54

XI. ANEXOS

1. Sistema de Plan de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, periodo 2023-2024 55
2. Consideraciones generales y específicas complementarias a ser llenadas por los responsables de cada Proceso del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la IPRESS Naval 61
3. Indicadores para el monitoreo del cumplimiento de las actividades del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la IPRESS Naval 64
4. Formato de Informe Trimestral de ejecución del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en salud de la IPRESS Naval 71
5. Formato del Informe de los resultados de la encuesta de satisfacción SERVQUAL 72
6. Formato de Hoja de Registro de datos para autoevaluación 73
7. Formato de Hoja de Recomendaciones 74
8. Formato de Acta de Reunión 75
9. Formato de Registro de Lista de Asistencia 76
10. Formato de Difusión del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 77
11. Formato de Reporte Mensual de Reclamos 78
12. Formato de Procedencia del Reclamo, Resumen Trimestral 79
13. Formato de Consulta Externa en Atenciones por Especialidades 80
14. Formato de Historias Clínicas Auditadas por Trimestre 81
15. Formato de Historias Clínicas Auditadas versus Programadas 82
16. Formato de Porcentaje de Apego a Guías de Práctica Clínica 83
17. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 84
18. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 85
19. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 86
20. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 87
21. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 88
22. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 89
23. Formato de Porcentaje de Cumplimiento de datos de la Historia Clínica 90

DIFUSIÓN DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD 9
INDICE DE TABLAS

Tabla 1:
Atenciones por especialidades de mayor demanda en Consulta Externa en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 setiembre 2022 21
Tabla 2:
Actividades de Triaje diferenciado COVID-19 en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 setiembre del 2022 21
Tabla 3:
Patologías más frecuentes en Consulta Externa del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", año 2022 (10 primeras causas) 22
Tabla 4:
Patología más frecuente en Consulta Externa del Departamento de Estomatología de la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", del año 2019 al 30 setiembre de 2022 23
Tabla 5:
Total de atenciones en Emergencia en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 setiembre del 2022 24
Tabla 6:
Patologías más frecuentes de hospitalización en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 setiembre del 2022 24
Tabla 7:
Indicadores obstétricos de hospitalización en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 setiembre del 2022 25
Tabla 8:
Egresos por salas de hospitalización en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" año 2020 al 30 setiembre de 2022 25
Tabla 9:
Resultados del Proceso de Autoevaluación años 2019 al 2022 28
Tabla 10:
Satisfacción de los usuarios en salud en el Centro Médico Naval "CMST" años 2019 al 2022 30
Tabla 11:
Evaluación de la satisfacción del usuario en la IPRELS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 2022 30

Tabla 12:
Reclamos de los usuarios años 2019 al 30 junio 2022 3
Tabla 13:
Área de procedencia de reclamo en salud Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 30 junio del 2022 32
Tabla 14:
Clasificación de los reclamos en salud de Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" años 2019 al 30 junio de 2022 32
Tabla 15:
Reclamos en salud registrados en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" años 2019 al 30 junio de 2022 33
Tabla 16:
Reclamos en salud por procedencia registrados en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" años 2019 al 30 junio 2022 34
Tabla 17:
Reclamos en salud por origen registrados en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" años 2019 al 30 junio 2022 34
Tabla 18:
Reporte de Incidentes y Eventos Adversos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" años 2019 al 30 setiembre 2022 36
Tabla 19:
Proyectos de Mejora Continua en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" año 2022 39

I. INTRODUCCIÓN

La implementación de un Plan de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud se ha identificado como una actividad ineludible. La calidad es una dimensión fundamental de la producción de los servicios relacionada a la aplicación de los más altos estándares técnicos y salvaguarda de los derechos de los usuarios que puede ser medida y valorada desde distintos planos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como "El estado completo de bienestar físico y social de una persona", y no solo la ausencia de enfermedad; concepto que comprende el estado de adaptación al medio biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio refiriéndose a la alimentación, y la perspectiva biológica y social que relaciona a los familiares y los alrededores físicos; así mismo, define: "la calidad de la asistencia sanitaria consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Avedis Donabedian (1969), circunscribe la calidad en salud a una propiedad de la atención en salud que puede ser potenciada en diversos grados y se mide por el nivel de satisfacción del paciente ante cualquier episodio de enfermedad o ingreso en un centro hospitalario, mediante la disposición de mejores medios, infraestructura y materiales orientados a brindar máxima calidad posible.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), es el ente rector de salud que, desde el año 2006 la implementación de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas; la pandemia COVID-19 ha evidenciado la fragilidad del sistema de salud en nuestro país que se percibe en crisis y constituye un reto importante en la gestión pública siendo urgente invertir en infraestructura, equipamiento, personal y otros factores que producen sinergia encaminados a impulsar competitividad del sistema de gestión de la calidad en salud para el corto, mediano y largo plazo.

Por otro lado, el Plan de Gestión de la Calidad, es un componente para la organización de Sistema de Gestión de la Calidad, forma parte de los procesos del

Macro proceso para la Gestión de Calidad, conformándose como un output de este Macro proceso, siendo así que no responde a una situación problemática específica y como se mencionado, se establece para ejecutar las políticas generales y objetivos del Sistema de Gestión de Calidad, orientados para mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnología del Seguro Social de Salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad que responda a las necesidades y expectativas de los usuarios.

Es imprescindible tener en cuenta que, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el MINSA, la planificación de la calidad tiene un carácter estratégico por cuanto involucra a toda la organización desde el más alto nivel directivo, hasta el nivel operacional, por lo cual su enfoque es participativo, implicando por tanto un esfuerzo corporativo no solo para la definición de objetivos y formulación de estrategias, sino también para el despliegue efectivo en todos los niveles e instancias del sistema de salud.

El Sistema de Salud castrense dirigido por el Ministerio de Defensa (MINDEF), no es ajeno a las políticas de estado y se adhiere a las disposiciones que emite el Ministerio de Salud. La Marina de Guerra del Perú, en cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en materia de salud, dispone como ente rector de salud institucional a la Dirección de Salud de la Marina, quien se alinea al "Plan a largo plazo 2010 – 2030", y que tiene como uno de sus objetivos específicos en el Área Funcional: "Contar con un sistema de salud que permita alcanzar el máximo nivel de eficiencia psicofísica del personal naval y garantiza las atenciones de salud de sus familiares directos".

Para el Centro Médico Naval "CMSI" es primordial contar con un plan de gestión de Calidad con mecanismos que promuevan y fortalezcan la cultura de prevención de riesgos en los actores la atención de salud durante el cumplimiento de sus labores, contribuyendo con el desarrollo de la gestión institucional y el logro de los objetivos propuestos. Finalmente es importante señalar que el presente documento de gestión, ha sido elaborado observando lo establecido en la norma ISO 9001:2015 por lo tanto, detenta capacidad de adaptabilidad frente a la variación continua de riesgos detectados en las condiciones actuales de la salud a nivel global.

Por lo expuesto, el Plan de Gestión de la Calidad del Centro Médico Naval, se justifica en la necesidad de Gestionar el Sistema de Gestión de Calidad, respondiendo a la necesidad de mejora continua, así como de implementar prácticas de gestión de calidad y promover la cultura de calidad en todo la IPRLLS,

en cumplimiento además de la normatividad sectorial siendo parte del Sistema Nacional de Gestión de Calidad en Salud, así como de la normatividad nacional de la Política Nacional para la Calidad establecida por la PCM.

I. DEFINICIONES OPERACIONALES

a. Acción de Mejora.- Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la Organización que agregan valor a los productos.

b. Acreditación.- Proceso de evaluación externa periódica, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

c. Atención de Salud.- Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, a familia y a la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

d. Auditoría Médica.- Es un proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de mejorar la práctica médica, ser un medio de educación continua, y mejorar la calidad de la atención médica.

e. Auditoría en Salud.- Es un proceso de evaluación sistemática de la calidad y la gestión de recursos en la atención en salud, con el fin de identificar deficiencias y producir mejoras para el beneficio de la población.

f. Autoevaluación.- Fase inicial obligatoria de evaluación de proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados y capacitados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

g. Calidad Asistencial.- La medida en la cual los servicios de salud que se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud

deseados. Para lograr esto, la atención debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas.

h. **Calidad de la Atención de Salud.-** Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

i. **Calidad Técnica.-** Es la acción profesional aplicada y guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del servicio prestado.

j. **Cirugía segura.-** Conjunto de normas para aplicar durante el procedimiento quirúrgico con el fin de garantizar la seguridad del paciente en la prevención de eventos adversos relacionados con: la infección de herida quirúrgica, lugar/paciente/procedimiento erróneo, los equipos quirúrgicos, la anestesia y el uso de los medicamentos.

k. **Cultura de Seguridad.-** Se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos.

l. **Error.-** No llevar a cabo una acción planeada o aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden ser de comisión, si se hace algo erróneo o de omisión, si no se hace lo correcto.

m. **Evento Adverso.-** Es el resultado no esperado y debido a fallas durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias de misma.

n. **Evento Centinela.-** Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave al paciente. Estos eventos se denominan «centinela» porque no se conciben en una institución formal y segura. Avisan de la necesidad de una investigación y respuesta inmediata.

o. **Gestión de Riesgos.-** Actividades clínicas, administrativas o financieras que las organizaciones emplean con el fin de identificar los peligros, evaluar y mitigar

los riesgos de lesiones para los pacientes, colaboradores, visitantes y reducir el riesgo de pérdidas en la organización.

p. **Higiene de Manos.-** Es un indicador de la calidad que asegura la seguridad de los sistemas de salud, cuya acción es la eliminación de microorganismos con agentes desinfectantes como el alcohol o el agua y jabón.

q. **Incidente.-** Evento o circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

r. **Infección asociada con la Atención sanitaria.-** Aquellas infecciones que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento de su ingreso.

s. **Mejoramiento Continuo de la Calidad.-** Metodología que implica el esfuerzo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

t. **Planeamiento.-** Proceso metódico que se diseña con la misión de lograr un objetivo, teniendo en cuenta la situación actual, los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los mismos.

u. **Plan Estratégico.-** Es elaborado por la alta dirección de la Institución para un periodo superior a 5 años y engloba la misión, visión, valores, política y objetivos generales. El plan estratégico Institucional se denomina: "Plan de Largo Plazo de la Marina de Guerra del Perú 2019 – 2030" y es conducido por el Estado Mayor General de la Marina. En el área de salud está vigente el Plan Estratégico de la Dirección de Salud de la Marina desde el año 2016 al 2020.

v. **Plan Operativo.-** Es elaborado por las áreas encargadas de ejecutar las actividades finales del Plan y tiene periodo de vigencia de UN (1) año. En la Dirección de Salud de la Marina, este plan es elaborado y ejecutado por los IPRESS navales.

w. **Plan Táctico.-** Es elaborado por las Direcciones o Gerencias medias, siendo su tiempo de vigencia de 3 a 5 años. En la Dirección de Salud de la Marina el plan táctico es el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, elaborado y

ejecutado por la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud.

x. **Práctica Segura.-** Es la intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

y. **Proyecto de Mejora Continua.-** Proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

z. **Riesgo. -** Efecto de la incertidumbre y cualquier incertidumbre puede tener efectos positivos o negativos. En el contexto actual de cambio y evolución permanente, la incertidumbre adquiere una gran dimensión, que justifica el pensamiento basado en riesgos.

aa. **Indicadores:** Un indicador de calidad de salud es una herramienta para medir una condición de salud, una práctica o la ocurrencia de un evento, que proporciona una evaluación válida y fiable de la calidad de la atención y su variación en el tiempo y el espacio.

Gracias a los indicadores es posible interpretar lo que está sucediendo, conocer la magnitud de desviación de una meta y a partir de ello poder tomar medidas correctivas o en su caso preventivas.

bb. **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 de la calidad, y se lleva a cabo mediante la planificación, la garantía y el mejoramiento de la calidad.

cc. **Sistema de Gestión de la Calidad:** Es el conjunto de procesos interrelacionados de una organización que usando una metodología ordenada visualizará y gestionará la calidad de los servicios, los cuales son medidos a través de indicadores buscando siempre la mejora continua.

dd. **Sistema de identificación y notificación de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente:** Recolección de datos y análisis sobre todos los aspectos relacionados con la atención del paciente en los que ha habido una circunstancia inesperada que ha causado o podría haber causado daño al paciente.

ee. Seguridad del Paciente: Conjunto de elementos estructurados, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias.

III. ARTICULACIÓN DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DEL CENTRO MÉDICO NAVAL AL PLAN ESTRATÉGICO DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA, VALORES INSTITUCIONALES Y POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD

3.1 Articulación del Plan de Sistema de Gestión de la Calidad en Salud al Plan Estratégico de la Dirección de Salud de la Marina.

El Plan 2023-2024 del Sistema de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "CMST", se adscribe a los lineamientos dispuestos en el Plan Estratégico de la Dirección de Salud de la Marina, el mismo que está ligado a los Objetivos y Políticas de Largo Plazo de la Marina de Guerra del Perú, y que tienen como finalidad contribuir con la misión institucional.

El Plan de Gestión de la Calidad en Salud, presenta como objetivo específico:

"Incrementar el grado de satisfacción de los usuarios mediante organización, implementación y dirección de metodologías de gestión de la calidad, contribuyendo a optimizar la calidad técnica de sus prestaciones y acreditación.

3.2 Visión del Centro Médico Naval "CMST"

Ser la institución prestadora de servicios de salud líder del sector defensa a nivel nacional, sustentada en valores éticos y morales, que logre una atención en salud orientada a la excelencia sostenible dirigida al personal naval y familiares con derecho, con personal altamente capacitado y tecnología de última generación.

3.3 Misión del Centro Médico Naval "CMST"

El Centro Médico Naval "CMST" es la Institución Prestadora de Servicios de Salud, que brinda atención integral de calidad al personal naval en actividad,

con la finalidad de conservarlo psicofísicamente apto para el servicio, así como al personal naval en retiro y familiares con derecho, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales en el área de la salud.

3.4 Valores del Centro Médico Naval "CMST"

- EQUIDAD: Oportunidad que tiene el Personal Naval y sus familiares con derecho de acceder a los servicios de salud, privilegiando el personal combatiente en la recuperación de su salud.
- RESPETO: Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, es el compromiso a respetar su dignidad y atender sus necesidades, teniendo en cuenta, en todo momento sus derechos.
- SOLIDARIDAD: Valor que inspira e impulsa la ayuda y apoyo que debe brindarse a otro ser humano en una situación de dificultad.
- HONESTIDAD: Es una cualidad de la calidad humana del trabajador, para actuar con rectitud, sinceridad, transparencia y legalidad.
- COMPROMISO: Identidad que el personal del sistema de salud debe tener con la Misión Institucional.
- LEALTAD: Es la sinceridad, solidaridad y confianza que, en su conjunto, exigen que la persona se comporte o proceda con fidelidad a sus ideales, principios y a las obligaciones que la Institución le demandan; sin faltar a la fe en él depositada.
- CALIDAD: Las acciones y servicios de salud deben ser efectivos, aceptados y generar satisfacción al personal naval y sus familiares con derecho, al menor costo y riesgo posible.
- INTEGRALIDAD: Garantizar un conjunto de acciones coordinadas, desde la prevención, promoción, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud del Personal Naval y sus familiares con derecho.
- LIDERAZGO: Define la influencia que se ejerce sobre las personas y que permite incentivarlas para que trabajen en forma entusiasta por un objetivo común. Quien ejerce el liderazgo se conoce como líder.

- EXCELENCIA PERSONAL: Se define una manera de vivir, una actitud mental y un pensamiento inclinado a solucionar cualquier problema, la excelencia se refiere a ser cada vez mejor.

3.5 Política de Calidad del Centro Médico Naval "CMST"

En el Centro Médico Naval "CMST", brindamos un servicio eficaz y oportuno en la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud del personal naval y sus familiares, con el fin de proteger su salud física, mental y social garantizando su disponibilidad en el servicio.

Ofrecemos atención integral de salud, basado en un Sistema de Gestión de la Calidad, considerando el factor riesgo en el desarrollo de nuestras actividades.

Incentivamos la docencia e investigación, promoviendo el uso de equipos con tecnología de vanguardia para la prevención y tratamiento de enfermedades.

Garantizamos un Sistema de Salud sostenible considerando las expectativas de las partes interesadas, promoviendo el cumplimiento de la normativa y acuerdos suscritos vigentes; así como la eficacia y mejora continua en estricta observancia del comportamiento ético el sistema de Gestión de Calidad.

IV. FINALIDAD

El Plan de Gestión de la Calidad del Centro Médico Naval tiene por finalidad implementar una cultura de calidad organizacional mediante el establecimiento de lineamientos técnicos y administrativos que incorporen estándares de riesgo, calidad asistencial, calidad administrativa, seguridad y la humanización en la atención de los usuarios de todos los servicios que se brindan, en concordancia con el Plan Estratégico Institucional, la política nacional de Calidad en salud y la política institucional de calidad.

V. BASE LEGAL

5.1 Resolución Directoral N° 001-2022-MGP/DISAMAR de fecha 21 enero del 2022, que aprueba el "Manual del Procedimiento de Proceso de Acreditación en las IPRESS NAVALES".

5.2 Resolución Directoral N° 207-2022 MGP/DISAMAR de fecha 14 de febrero de 2022, que aprueba el "Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en los IPRESS Navales".

5.3 Resolución Directoral N° 206-2022 MGP/DISAMAR de fecha 14 de febrero del 2022, que aprueba el "Manual de Procedimiento del Proceso de Mejora Continua en las IPRESS Navales".

5.4 Resolución de Superintendencia N° 058-2022-SUSALUD/S del 07 de agosto 2022, que aprueba la actualización de los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.5 Resolución Directoral N° 042-2021 MGP/DISAMAR de fecha 04 de agosto 2021, que aprueba el "Manual de Procedimiento para la Atención de Reclamos y Sugerencias en las IPRESS Navales".

5.6 Directiva DIPERMAR N° 018-2020 de fecha 20 de noviembre del 2020, que implementa la Directiva para Gestión y Evaluación de Indicadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Marina.

5.7 Resolución Ministerio N° 163-2020 MINSA de fecha 02 de abril del 2020, que aprueba la "Directiva de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".

5.8 Resolución Ministerial N° 251-2020/MINSA de fecha 04 de mayo del 2020, que establece el 5 de mayo de cada año como el "Día Nacional de la Higiene de Manos".

5.9 Resolución Ministerio N° 448-2020 MINSA de fecha 30 de junio del 2020, que aprueba los Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a la COVID-19.

5.10 Resolución Directoral N° 009-2020/DISAMAR de fecha 17 de marzo de 2020, que aprueba el "Manual de procedimientos para la gestión de reclamos y sugerencias en las IPRESS navales".

5.11 Decreto Supremo N° 002-2019-SA de la Superintendencia Nacional de Salud de fecha 30 de enero del 2020, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las APAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas y mixtas.

5.12 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, fecha 20 setiembre del 2019.

5.13 Resolución Ministerial N° 270-2019/MINSA de fecha 22 de abril del 2009, que aprueba la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

5.14 Orden Externa 059-19 (PERMANENTE) DISAMAR de fecha 13 de febrero del 2019, que dispone la supervisión de la Gestión de la Calidad en Salud de los establecimientos de salud.

5.15 Orden Externa 205-2019 (PERMANENTE) DISAMAR de fecha 19 de julio del 2019, que dispone los lineamientos para la realización de actividades del proceso de seguridad del paciente.

5.16 Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, fecha 13 setiembre del 2018.

5.17 Orden Externa 029-18 (PERMANENTE) DISAMAR de fecha 20 setiembre 2018, que aprueba el "procedimiento para la elaboración de los Planes de Gestión de la Calidad, Auditoría de la calidad de atención en salud y de Autoevaluación en los establecimientos de Salud de las Direcciones de Salud de la Marina.

5.18 Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA de fecha 27 de julio del 2016, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 123-MINSA/DIGEMID-NTS que, "regula las actividades de farmacovigilancia y tecnovigilancia de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios".

5.19 Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA de fecha 15 de julio de 2016, que aprueba la "Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP-V.02 de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".

5.20 Norma Internacional ISO 9001-2015 de fecha 15 de setiembre del 2015, que aprueba el "Sistemas de Gestión de la Calidad".

5.21 Resolución Directoral N° 432-2014 del Gobierno Regional del Callao de fecha 14 de mayo de 2014, que aprueba la Directiva N° 010-2014/DIRESA Callao "Directiva Sanitaria que regula la notificación de eventos adversos en los establecimientos de salud de la Región Callao".

5.22 Ley N° 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad, fecha 11 julio de 2014.

5.23 Decreto Supremo 046-2014-PCM de fecha 01 de julio del 2014, que aprueba la Política Nacional para la Calidad.

5.24 Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.

5.25 Decreto Legislativo N° 1158 de fecha 5 de diciembre del 2012, que dispone "medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud".

5.26 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA de fecha 03 de febrero del 2012, que aprueba la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas de gestión de la calidad.

5.27 Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA de fecha 11 de julio del 2011, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

5.28 Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

5.29 Resolución Ministerial N° 1091-2010 MINSA de fecha 30 de diciembre del 2010, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".

5.30 Plan Estratégico de la Dirección de Salud de la Marina 2018-2030

5.31 Resolución Ministerial N° 677-2009/MINSA de fecha 07 de octubre del 2009, que aprueba la Directiva Administrativa N° 158 – MINSA/DGSP–V.01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud.

5.32 Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA de fecha 29 de octubre del 2009, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".

5.33 Resolución Ministerial N° 876-2009/MINSA de fecha 28 de diciembre 2009, que aprueba la "Guía Técnica para el Supervisor Nacional en Salud".

5.34 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 5 de junio del 2007, que aprueba la Norma Técnica N° 090-MINSA/DGSP-V.03, "Norma Técnica de Salud para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo con Resolución Ministerial 456-2007/MINSA.

5.35 Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA de fecha 06 de junio de 2007 que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

5.36 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 mayo 2006, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

5.37 Decreto Supremo N° 013-2006-SA que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

5.38 Ley N° 26842- Ley General de Salud, publicada el 9 de diciembre del 2005.

5.39 Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, de fecha 19 de enero del 2005, que aprueba la Directiva N° 049 para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud".

5.40 Directiva Administrativa N° 120-MINSA/DGSP-V.01 de fecha 23 de octubre del 2003, que aprueba "el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".

VI. ALCANCE

El presente Plan de Gestión de la Calidad 2023 - 2024 es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los Departamentos, Servicios, Salas y Unidades de atención del Centro Médico Naval "CMST".

VII. ANÁLISIS SITUACIONAL

7.1 Características Demográficas:

El personal beneficiario del sistema de salud institucional está comprendido por el personal militar y sus derechohabientes en los establecimientos de salud naval a nivel operativo nacional que son referenciados por el Centro Médico Naval "CMST".

a) Personal naval

Se considera al personal superior y personal subalterno, en situación de actividad y en retiro.

b) Familiares con derecho

Se considera al cónyuge o viuda (o) hasta nuevas nupcias, hijos menores de edad, hijos discapacitados independientes del titular, hijos solteros en estudios superiores o técnicos hasta los VEINTIOCHO (28) años de edad. Asimismo, se incluye a las madres y suegras.

7.2 Análisis de la Oferta:

Las normas y procedimientos prestacionales de los servicios de salud para el personal militar y sus familiares con derecho a nivel nacional e internacional, están consideradas en el Reglamento de Prestaciones de Servicios de Salud de la Marina (PRESAMAR), que actualmente tiene los siguientes planes de salud vigente: Básico, Oficial Naval y Segunda Capa, siendo los dos últimos de carácter facultativo.

7.2.1 Situación de la infraestructura

Las instalaciones del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" se edificaron en el año 1956. Es considerado como establecimiento de salud categoría III-1 y forma parte de la Marina de Guerra del Perú, ubicado en el distrito de Bellavista de la Provincia

Constitucional del Callao que es la fecha cuenta con una capacidad de 398 camas hospitalarias y 49 camas no hospitalarias.

En el componente de organización para la calidad se cuenta con una estructura orgánica y funcional desde el 2015 dentro de la institución facilitando su funcionamiento con la asignación de establecimiento básico y capacitación para el desarrollo de las actividades.

7.3 Atenciones realizados en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"

El Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", es la Unidad PRESS de la Marina de Guerra del Perú categorizada en el tercer nivel de atención en salud; cuenta con mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto a recursos humanos y tecnológicos para la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes; desarrolla funciones y actividades de Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Recuperación, Rehabilitación de la Salud y Gestión.

El Centro Médico Naval "CMST" tiene la capacidad de prestar servicios de atención ambulatoria, de hospitalización y de emergencia en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología, Cardiología, Medicina Intensiva, Medicina de Rehabilitación, Neurología, Neumología, Gastroenterología, Reumatología, Psiquiatría, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Ortopedia, Urología, Patología Clínica, Radiología, Anatomía Patológica, Dermatología, Endocrinología, Hematología Clínica, Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Cirugía Plástica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Neurocirugía, Nefrología, Geriatría, Medicina Oncológica, Radioterapia, Cirugía Pediátrica y sub especialidades en Neonatología y Cirugía Oncológica, resolviendo como mínimo los daños trazadores en los diferentes servicios. A continuación, el análisis de las atenciones de mayor demanda en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara":

Tabla 1

Atenciones por especialidad de mayor demanda en Consulta Externa en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 de setiembre del 2022

Nº	Especialidad de mayor demanda	2019	2020 *	2021	2022*
1	Medicina general	28.959	20.816	29.378	1.959
2	Endocrinología	9.400	5.546	7.728	1.579
3	Pediatría	12.535	4.780	1.920	3.000
4	Cardiología	8.476	4.220	4.442	2.944
5	Dermatología	2.676	3.214	3.687	1.615
6	Gastroenterología	5.214	1.431	3.231	2.680
7	Urología	7.502	2.862	3.730	1.958
8	Traumatología	6.345	2.840	1.994	3.100
9	Ginecología	4.996	1.844	2.456	2.590
10	Otorrinolaringología	4.357	1.686	2.342	1.987
11	Oftalmología	3.555	1.840	1.328	1.370
Total especialidad de mayor demanda		82.480	46.299	59.316	25.632

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud, al 30 de setiembre del 2022.
(*) = Los datos de los años 2020 al 2022 corresponden a las atenciones durante la emergencia sanitaria COVID-19.

En la tabla 1, se observa descenso de las atenciones en las especialidades médicas de mayor demanda respecto al año 2019, justificada por las restricciones de la emergencia sanitaria COVID-19 dispuesta por el Poder Ejecutivo, dichas atenciones se incrementan de manera paulatina durante los años 2021 y 2022.

Tabla 2

Atenciones de triaje diferenciado COVID-19, en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" del año 2019 al 30 de setiembre del 2022

Nº	Triaje diferenciado	2019	2020	2021	2022*
01	Triaje COVID-19	-	21.603	20.894	0.301

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud.
(*) = En el año 2019, no se registraron oficialmente atenciones de COVID-19.
Los datos del año 2022 corresponden al 30 de setiembre.

De acuerdo a la tabla 2, se puede evidenciar que las atenciones del triaje diferenciado por COVID19 en el Centro Médico Naval "CMST" en el año 2020, hubo 21,603 atenciones, en el año 2021 hubo 20,894 y finalmente en el año 2022 hubo 10,601 atenciones. Cabe resaltar que en el año 2019 no se registraron oficialmente atenciones de COVID 19.

Tabla 3

Patologías médicas más frecuentes en Consulta Externa del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", año 2022
(10 primeras causas)

Nº	Patología Médica más frecuente	2021	2022*
	Infecciones de vías urinarias, sitio no especificado	77	76
2	Caso confirmado de COVID-19	76	84
3	Diarrea y gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso	21	16
4	Ictericia neonatal no especificada	82	55
5	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	107	41
6	Colecistitis crónica	5	38
7	Apendicitis aguda no especificada	77	34
8	Estado de embarazo incidental	39	23
9	Desviación del tabique nasal	37	19
10	Cesárea electiva	139	69

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud.
(*) = Los datos del año 2022 corresponden al 30 de setiembre

En la tabla 3, se evidencia que el motivo de consulta médica de mayor demanda son las infecciones de vías urinarias sitio no especificado (177) en el año 2021 y 2022.

Las infecciones por COVID 19 hasta el mes de setiembre del presente año suman (84) casos, debido a la disminución de las medidas de restricción para prevenir el contagio, sin embargo, la mortalidad a consecuencia de este virus se ve disminuida debido a las vacunas.

Tabla 4

Patología más frecuente en consulta externa del Departamento de Estomatología de la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", del año 2019 al 30 de setiembre del 2022

Nº	Patología más frecuente en CCEE Estomatología	2019	2020	2021	2022*
1	Caries de la dentina	993	208	136	1,604
2	Enfermedades no especificadas de los tejidos duros dentales	548	36	61	272
	Anomalías de la posición del diente	62	122	5	229
3	Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local	227	9	10	114
	Gingivitis crónica	21	46	8	430
4	Evaluación oral detallada y enfocada en el problema	143	6	5	31
	Examen estomatológico	0	46	19	229
5	Abrasión de los dientes	93	11	2	57
	Necrosis de la pulpa	0	10	29	389
6	Evaluación oral periódica	74	0	0	12
7	Caries limitada al esmalte	75	11	35	156
	Periodontitis crónica	0	28	3	172
8	Depósitos (accreciones) en los dientes	30	24	0	142
9	Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes	0	18	6	15
	Total patologías más frecuentes en CCEE Estomatología	2,334	582	306	3,618

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud.
(*) = Los datos del año 2022 corresponden hasta el 30 de setiembre.

Las atenciones de Estomatología se incrementaron el presente año en comparación al periodo 2020-2021 ya que las atenciones eran restringidas por el alto riesgo de contagio COVID 19 y que desplazaron a segundo plano la salud bucal.

Tabla 5

Total de atenciones en Emergencia en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", del año 2019 al 30 de setiembre del 2022

EMERGENCIA	2019	2020*	2021	2022*
Emergencia de Adultos	15,013	7,436	44,410	17,958
Emergencia Pediátrica	4,016	690	2,694	2,160
Total de atenciones en emergencia	19,029	8,126	47,304	20,118

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud.
(*) = Los datos del año 2022 corresponden al 30 de setiembre.

La Tabla 5, representa el número de atenciones realizadas en emergencia de la IPRESS Centro Médico Naval "CMST", observándose un incremento en las atenciones producto de la reapertura gradual de los servicios de emergencia tanto para adultos como de pediatría.

Tabla 6

Patologías más frecuentes de hospitalización en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", del año 2019 al 30 de setiembre del 2022

N°	Causa más frecuente de hospitalización	Número de casos por año			
		2019	2020	2021	2022
1	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	228	72	177	76
2	Presencia de lentes intraoculares	194	29	54	30
3	Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	86	41	130	36
4	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	126	57	107	44
5	Colecistitis crónica	24	0	61	38
	Apendicitis aguda, no especificada	0	42	62	34
6	Parto por cesárea electiva	0	35	139	69
7	Colecistitis aguda	29	0	45	70
	Salpingitis y ooritis aguda	0	32	15	0
8	Estado de embarazo, incidental	69	0	39	23
9	Desviación del tabique nasal	55	0	37	19
	Caso confirmado de COVID-19	0	22	76	54
10	Otorrea y gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso	54	0	21	16
	Ictericia neonatal, no especificada	0	26	52	66
Total causas más frecuentes de hospitalización		6,979	2,011	1,048	694

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud.
(*) = Los datos del año 2022 corresponden al 30 de setiembre.

La Tabla 6, muestra que las infecciones del tracto urinario continúan representando el motivo más frecuente de hospitalización con 3.8 % (228 casos) en el año 2019, y de enero a setiembre del año 2022, los ITUS suman 76 casos. Es importante señalar que el mes de setiembre del presente se han hospitalizado 84 a causa del COVID 19.

TABLA 7

Indicadores obstétricos de hospitalización en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", del año 2019 al 30 de setiembre del 2022

CENTRO OBSTÉTRICO	2019	2020	2021	2022*
Número de partos vaginales	103	74	306	101
Número de partos por cesárea	88	64	192	40
Número total de Partos	191	198	498	141
Tasa de cesáreas	85,43%	49.[illegible]%	38.55%	28.36%

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la Salud.
(*) – Los datos del año 2022 corresponden al 30 de setiembre.

Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa mundial de cesáreas debe oscilar entre 10-15% y según MINSA en el Perú es de 32%. Considerando que una operación cesárea implica: mayor gasto de recursos, mayor tiempo de recuperación, riesgo para la madre y el bebé (complicaciones), la cesárea derivada a la UCI acorta indebidamente el tiempo de trabajo de parto, alarga el tiempo de recuperación (incapacidad de reincorporarse a sus labores rápidamente). En el año 2022 se observa una notable disminución en los casos de partos por cesárea a comparación de los años precedentes, especialmente en el año 2021.

Tabla 8

Egresos por salas de hospitalización en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", año 2020 al 30 setiembre del 2022

Salas de Hospitalización/Años	2020 Egresos	2021 Egresos	2022* Egresos
Clínica de Oficiales	297	464	204
Cirugía especial / Urología	283	535	305
Psiquiatría	72	130	71
Neumología	107	55	0
Enfermedades transmisibles	224	91	163
Pediatría	222	396	535

Clínica de Almirantes	95	119	48
Cirugía varones	221	378	370
Cirugía damas	523	699	427
Medicina damas	339	170	0
Traumatología	145	263	226
Tisiología	15	157	257
Medicina varones	316	180	339
Clínica de familiares	[illegible]	256	291
Gineco-obstetricia	490	693	421
Neonatología	399	427	209
Gerontogeriátrica	90	218	119
Clínica de supervisores	97	9	0
Total egresos por sala hospitalización	3,884	5,262	3,741

Fuente: Información del Departamento de Gestión de Servicios para la salud.
(*) = Los datos del año 2023 corresponden al 30 de setiembre.

En la tabla 6, se observa que el promedio total de egresos de las salas de hospitalización de la PRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", es de 4,296 egresos al año, en mayor proporción en el año 2022, se presentan en las salas de Pediatría (535), Cirugía de Damas (427), Gineco-Obstetricia (491) y Cirugía de Varones (378).

7.4 Organización del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del Centro Médico Naval "CMST"

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, es una unidad orgánica de asesoría subordinada a la Dirección Médica del Centro Médico Naval "CMST", responsable de la planificación, organización, conducción y supervisión de las actividades de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de las diferentes Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) de este nosocomio. Los proyectos de mejora continua buscan la competitividad
(eficiencia y eficacia) de la calidad de los servicios de salud y por ende la satisfacción de los usuarios.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se organiza de la siguiente manera:

a. Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "CMST"
   - Jefe de la Oficina.

- Jefe de la División del Proceso de Autoevaluación.
- Jefe de la División del Proceso de Atención al Usuario.
- Jefe de la División del Proceso de Seguridad del Paciente.
- Jefe de la División del Proceso de Auditoría Médica
- Jefe de la División del Proceso de Mejora Continua.

7.5 Análisis de la demanda de los procesos del Sistema de Gestión de calidad del Centro Médico Naval "CMST"

Las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud deben cumplir y dar cumplimiento a las disposiciones de Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y en particular a la Política de Calidad en Salud de la Dirección de Salud de la Marina, priorizando en la calidad y humanización del servicio en la atención a los usuarios, en concordancia con los objetivos de la Institución. Las demandas del sistema de Gestión de la Calidad son principalmente:

7.5.1 Proceso de Autoevaluación

La Autoevaluación es una forma de medir el funcionamiento de los establecimientos de salud, públicos y privados, para garantizar que los usuarios reciban una atención de calidad, es decir, atención oportuna, completa, segura y amigable. La autoevaluación configura la primera fase del proceso de acreditación, es un proceso de valoración interna de las IPRESS naval que utiliza la "Guía de Estándares de Acreditación de Establecimientos de Salud", como principal instrumento de evaluación el cual consta de 22 macro procesos, 73 estándares y 361 criterios, aplicados de acuerdo al nivel y categoría de cada IPRESS naval.

El Centro Médico Naval "CMST", es la IPRESS de mayor dimensión y cobertura del sistema de Salud de la Marina de Guerra y ha logrado un incremento progresivo en el porcentaje del cumplimiento de los estándares de autoevaluación.

De acuerdo a lo establecido en el aplicativo de evaluación vigente del Ministerio de Salud, el Centro Médico Naval "CMST" ha cumplido con el 65% del proceso de autoevaluación para el presente año 2022.

Tabla 9

Resultados del proceso de Autoevaluación años 2019 a 2022

PRESS NAVAL	AUTOEVALUACIÓN-% ALCANZADO			
	2019	2020	2021	2022
Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"	72%	N.R.	68%	63%

Fuente: Informe de la División de Autoevaluación.
N.R.= No realizado por motivo de la emergencia sanitaria.

En el siguiente cuadro, se puede observar el resultado del Proceso de Autoevaluación realizados en los últimos CUATRO (4) años, en el cual se puede observar que disminuyó el porcentaje de cumplimiento en el año 2022.

Análisis del resultado del Proceso de Autoevaluación:

a. Se difundió y/o socializó a los integrantes de los equipos de autoevaluación y acreditación de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, las disposiciones de la Norma Técnica de Salud N°050-MINSA/DGSP-V.02, para acceder a la Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo respecto a recopilación de información de los macroprocesos durante la etapa de autoevaluación logrando la participación del 100% de los integrantes.

b. Se logró la formación de QUINCE (15) nuevos evaluadores internos a cargo de la Dirección Regional de Salud del Callao, gestionado a través de la Dirección de Salud de Marina.

c. Se continuó la capacitación del personal integrante de los equipos de autoevaluación para el desarrollo de las actividades del citado proceso y aplicación de los instrumentos establecidos que tiene como alcance a todas las unidades orgánicas y funcionales que conforman el Centro Médico Naval "C.M.S.T.", abordando los macroprocesos Gerenciales, Prestacionales y de Apoyo que se desarrollan en la Institución.

Acciones a implementar en el proceso de autoevaluación:

a. Difundir, socializar y evidenciar los resultados del informe de autoevaluación con todo el personal de la IPRESS, creando conciencia y compromiso en la implementación de oportunidades de mejora para mantener la calidad de la atención en los servicios de salud.
b. Fortalecer la implementación del aplicativo de autoevaluación dispuesto por el Ministerio de Salud.
c. Priorizar y gestionar la implementación de acciones de mejora a las brechas identificadas en el informe de resultados de autoevaluación, orientado a alcanzar el porcentaje óptimo, según nivel y categoría asignado a la IPRESS y por ende lograr la acreditación en salud.
d. Mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que brinda nuestra Institución, poniendo en marcha procesos de mejora continua de la calidad orientados a alcanzar los estándares de calidad planteados, teniendo como propósito impactar en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes; todo ello, a través de la verificación de los procesos de atención, aplicado tanto a recursos humanos como tecnológicos y considerar las recomendaciones para continuar con el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

7.5.2 Atención al Usuario en el Centro Médico Naval "CMST"

Evaluación de la satisfacción de los usuarios:

Es un proceso referido a la valoración del usuario respecto de la calidad de las actividades del proceso de atención en los servicios de salud, mediante la aplicación de encuesta SERVQUAL como instrumento de medición del grado de satisfacción del usuario externo como mínimo una vez al año, en cumplimiento a lo dispuesto por el Ministerio de Salud. Esta evaluación es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), orientados a constatar la calidad de la atención brindada a los usuarios.

Tabla 10

Satisfacción de los usuarios en salud en el Centro Médico Naval "CMST", años 2019 al 2022

Nº	[illegible] IPRESS	2019	2020	2021	2022
1	Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"	51.77%	NR	46.25%	33.14%

Fuente: Informe de satisfacción del usuario externo
NR: No realizado por emergencia sanitaria por la pandemia Covid 19.

El Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", como porcentaje de satisfacción registró: en el año 2019 (51.77%), en el año 2020 no se realizó la valoración por la emergencia sanitaria por el COVID 19, en el año 2020 (46.25%) y en el año 2022 (33.14%)

Evaluación de la satisfacción de los usuarios, según dimensiones:

Tabla 11
Evaluación de la satisfacción del usuario en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 2022

AÑO	DIMENSIÓN	CONSULTA EXTERNA	EMERGENCIA	HOSPITALIZACIÓN	PROMEDIO
2019	FIABILIDAD	47.4	40.10	[illegible]	[illegible]
	CAPA DE RESPUESTA	43.60	41.80	51.60	45.60%
	SEGURIDAD	55.10	[illegible]	59.10	53.33%
	EMPATÍA	[illegible]	43.70	65.10	[illegible]
	BIENES TANGIBLES	[illegible]	43.90	[illegible]	54.10%
2020	NO REALIZADO	NR	NR	NR	NR
2021	FIABILIDAD	[illegible]	42.80	57.20	41.40
	CAPA DE RESPUESTA	0.00	[illegible]	49.40	47.20
	SEGURIDAD	[illegible]	42.40	55.50	48.80
	EMPATÍA	0.00	[illegible]	[illegible]	50.40
	BIENES TANGIBLES	0.00	42.60	34.90	48.75
2022	FIABILIDAD	46.11	28.2	EP	35.16
	CAPA DE RESPUESTA	32.99	[illegible]	EP	30.06
	SEGURIDAD	36.44	29.23	EP	33.04
	EMPATÍA	[illegible]	14.11	EP	38.68
	BIENES TANGIBLES	31.16	36.32	EP	33.75
PROMEDIO SATISFACCIÓN 2019		52.50%	42.60%	60.20%	51.77%
PROMEDIO SATISFACCIÓN 2020		NR	NR	NR	NR
PROMEDIO SATISFACCIÓN 2021		40.00	45.76	56.48	46.25%
PROMEDIO SATISFACCIÓN 2022		35.45	30.62	EP	33.14%

Fuente: Informe satisfacción del usuario externo de la IPRESS Centro Médico Naval "CMST".
NR= No realizado por la emergencia sanitaria debido a la pandemia COVID-19.
EP= En proceso.

La evaluación de la satisfacción del usuario se realizó en las áreas de Consulta externa, Emergencia y Hospitalización; el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", en el año 2022 registró como promedio de satisfacción: Consulta externa (35%). En el área de Emergencia (30,82%), cabe resaltar que el área de hospitalización se encuentra en proceso. Como se puede evidenciar el promedio de satisfacción fue menor en comparación con los años anteriores.

Reclamos en salud de los usuarios externos

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), mediante Decreto Supremo N° 002-2019 de fecha 30 de enero del 2019, actualiza y aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), cuya finalidad es establecer los mecanismos que permitan la protección del derecho a la salud respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas y/o recibidas de la IPRESS, en el marco del Sistema Nacional de Protección de los Derechos de los Usuarios en los Servicios de Salud.

Tabla 12
Reclamos de los usuarios años 2019 al 30 de junio del 2022

N°	IPRESS	2019	2020	2021	2022
1	Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"	97	116	153	36
	TOTAL DE RECLAMOS EN SALUD POR AÑOS	116	123	153	54

Fuente: Reporte de reclamos de la división de atención al usuario

El Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", como número de reclamos registró; en el año 2019 tuvo 97 reclamos, en el año 2020 tuvo 116 reclamos, en el año 2021 tuvo 153 reclamos y en el año 2022 tuvo 54 reclamos. Se puede evidenciar que existe una reducción de reclamos en comparación con los años anteriores.

Tabla 13

Área de procedencia del reclamo en salud Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 30 de junio del 2022

N°	ÁREA DE PROCEDENCIA DEL RECLAMO	CANTIDAD 2019	2020	2021	2022
1	Farmacia	26	61	46	7
2	Emergencia	23	15	21	3
3	Consulta externa	19	35	54	21
4	Ayuda al diagnóstico	16	2	7	0
5	Hospitalización	0	0	12	0
6	Estomatología	14	3	2	0
7	Otros servicios de salud	0	0	9	0
	TOTAL RECLAMOS SEGÚN PROCEDENCIA	97	116	153	36

Fuente: Reporte de reclamos en salud de la IPRESS Naval Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"

De acuerdo al área de procedencia del reclamo del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara": en el año 2022, el área que obtuvo mayor número de reclamos fue el área de Consulta Externa con 21 reclamos.

Tabla 14

Clasificación de los reclamos en salud del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 30 de junio del 2022

N°	CÓD.	CLASIFICACIÓN DE LOS RECLAMOS	CANTIDAD 2019	2020	2021	2022
1	1102	Demora en la entrega de medicamentos	17	51	24	8
2	1103	Falta de citas	5	16	29	0
3	1106	Demora en consulta externa	5	6	5	16
4	1109	Demora en la atención en emergencia	14	15	3	0
5	1111	Demora en la programación de cirugía	0	0	2	0
6	1112	Negativa atención en emergencia	0	0	0	0
7	1113	Problemas en el archivo de historias clínicas	2	1	2	0
8	1115	Disconformidad con el diagnóstico	0	0	2	0
9	1116	Incidente sin daño al paciente	2	1	1	0
10	1117	Demora en entrega de imágenes	0	0	3	0
11	1118	Cobrar medicamentos	0	0	0	
12	1120	Incumplimiento de programación de citas	0	0	2	1
13	1121	Incumplimiento programación quirúrgica	0	0	2	0
14	1201	Falta de orientación	10	4	2	1
15	1202	Disconformidad con el trato del médico	29	3	7	2
16	1203	Disconformidad con el trato de las enferm.	16	4	18	1
17	1205	Disconformidad con el trato personal adm.	19	0	3	0
18	1304	Mala atención del personal médico	0	0	5	0
19	1306	Insatisfacción con resultados ayuda al diagnóstico	0	0	1	0
20	2001	No hay atención	0	0	14	4
		TOTAL DE RECLAMOS SEGÚN CLASIFICACIÓN	129	116	153	36

Fuente: Reporte de reclamos de la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".

De acuerdo a la clasificación de los reclamos del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"; en el año 2022, la dimensión "Demora en consulta externa" obtuvo 14 reclamos.

Análisis de los resultados del Proceso de satisfacción del usuario externo

La satisfacción del usuario externo según los UPSS Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización de los IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" respecto a las dimensiones durante los años 2021 al 2022 fue del 45.20%, mientras que el año 2022 el promedio fue del 33.14%.

c. Análisis de los reclamos presentados por los usuarios en salud

Tabla 15
Reclamos en salud registrados en Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 30 de junio del 2022

IPRESS/AÑO	2019	2020	2021	2022	Total
CEMENA	97	116	153	36	402

El Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", por ser la IPRESS de referencia de mayor complejidad, registra un mayor número de reclamos en comparación con las otras IPRESS de DISAMAR. Se registraron NOVENTA Y SIETE (97) en el año 2019, CIENTO DIECISEIS (116) en el 2020, CIENTO CINCUENTA Y TRES (153) en el 2021 y al primer trimestre del 2022 es de TREINTA Y SEIS (36) reclamos.

Tabla 16
Reclamos en salud por procedencia registrados en Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 30 de junio del 2022

LUGAR DE PROCEDENCIA	CEMENA
Farmacia	35% (142)
Consulta externa	32% (128)
Emergencia	15% (62)
Ayuda al diagnóstico	6% (25)
Estomatología	5% (19)
Hospitalización	3% (12)
Otros servicios	4% (14)

Los reclamos de los usuarios en salud en promedio de los años 2019 al primer semestre del 2022 de la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", proceden de los servicios de farmacia 35% (142), Consulta externa 32% (128), emergencia 15% (62), ayuda al diagnóstico 6% (25), estomatología 5% (19), hospitalización 3% (12) y otros servicios 4% (14).

Tabla 17
Reclamos en salud por origen registrados en Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", años 2019 al 30 de junio del 2022

CLASIFICACIÓN RECLAMO/IPRESS	CEMENA
Falta de medicamentos	40
Falta de citas	50
Maltrato del personal médico	43
Maltrato del personal de Enf.	29
Maltrato del personal adm.	99
Demora atención de urgencia	–
Otros reclamos	

según SUSALUD. La clasificación de los reclamos de los usuarios en salud con mayor frecuencia en la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", corresponden a: falta de medicinas 140, falta de citas 50, mal trato del personal médico, 43, mal trato del personal de enfermería 39, demora en la atención de emergencia 32, consulta externa 32, mal trato del personal administrativo 22.

Acciones a Implementar en el proceso de Atención al Usuario:

- Difundir, socializar y evidenciar los resultados del Informe de satisfacción del usuario externo y de reclamos en salud, creando conciencia y compromiso de todo el personal de la IPRESS, resaltando la importancia para la Institución y la familia naval.
- Fortalecer la implementación del Sefi – reclamos asociado por la Superintendencia Nacional de Salud, para el reporte virtual de los reclamos registrados en el Libro de reclamaciones en Salud.
- Implementar un programa anual de acciones de mejora orientado a incrementar la satisfacción del usuario en salud, en las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) de la IPRESS, especialmente en aquellas en donde el porcentaje alcanzado está por debajo del estándar dispuesto por el Ministerio de Salud (80%), encaminados a mantener la calidad de la atención en los servicios de salud.

7.5.3 Análisis de los resultados del Proceso de Auditoría Médica

Con Orden Interna N° 16A -22 (TRANSITORIA) de fecha 10 de marzo del 2022 se aprueba el nombramiento del Comité de Auditoría Medica y Comité de Auditoría en Salud.

Los miembros de los mencionados comités fueron capacitados el día 29 y 30 de marzo del 2022 en una tele capacitación virtual: "Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" a cargo de la Unidad de Calidad en Salud de la Dirección de Aseguramiento y Calidad en Salud DIRESA Callao.

Con Resolución Directoral N° 079-2022 de fecha 30 de diciembre del 2022 se aprueba el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, Plan de proceso de Autoevaluación y el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de la IPRESS Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".

Con Orden Interna N° 276-22 (TRANSITORIA) de fecha 20 de setiembre del 2022, se deroga la OI 186-22 (T) de fecha 10 de marzo de 2022, y se aprueba el nombramiento del Comité de Auditoría Medica y Comité de Auditoría en Salud.

En el año 2022 la División de Auditoría Médica informa que se realizaron DOS (02) auditorías de caso en las cuales la altra pal observación fueron la deficiencia de la calidad de registro y la falta de Guías de Práctica clínica vigentes en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".

En el año 2022 la División de Auditoría Médica informa que se realizaron TRES (03) auditorías de gestión clínica en las cuales las principales observaciones fueron; que formato de historia clínica de Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" no contemplaba todos los ítems según Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN. también se observa la deficiencia de la calidad de registro por el personal de salud.

Con Informes trimestrales la División de Auditoría Médica remite los avances de la ejecución del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, los cuales son elevados a DISAMAR y DIRESA CALLAO.

Dentro de los hallazgos de las auditorías se observa que formato de historia clínica del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" no contempla todos los ítems según Norma Técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN. por ello se eleva dicha observación al comité de historia clínica, el cual plantea un nuevo formato de historia clínica el cual se encuentra en revisión para su validación y difusión.
Dentro de los hallazgos de la adherencia de Guías de Práctica Clínica se ha observado que el formato utilizado en la evaluación no contempla adecuadamente los datos de filiación para poder identificar al paciente y verificar la información enviada, por ello se recomienda uno nuevo

orden interna de la "Disposiciones para la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica". Otro punto importante es que se realizó un listado de todas las Guías de Práctica Clínica del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" y se difundió a todos los departamentos, servicios y unidades, posteriormente se solicitó la actualización de las Guías de Práctica Clínica que presenten una antigüedad mayor o igual a 5 años.

Se trabajó el levantamiento de los hallazgos con la implementación de acciones de mejora. Se impartieron capacitaciones en el correcto llenado de las historias clínicas, además se vienen realizando actualizaciones de las Guías de Práctica Clínica y supervisión de la Adherencia a las mismas.

Acciones a implementar en el proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:

a. Implementar un programa de capacitación a los integrantes de los comités de auditoría.
b. Reuniones semestrales con los comités de auditoría para acordar las actividades y verificar el cumplimiento del plan de Gestión de la Calidad en Salud y el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención En Salud.
c. Gestionar la implementación de un nuevo formato de Historia Clínica del Centro Médico Naval "CMST".
d. Fortalecer la calidad de registro en el Centro Médico Naval "CMST", a través de capacitaciones en la NT 139-2019 "Gestión de la Historia Clínica"
e. Promover la actualización de las Guías de Práctica Clínica del Centro Médico Naval "CMST".
f. Supervisar que los servicios gestionen el levantamiento de los hallazgos.

7.5.4 Proceso de Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es un componente esencial de la calidad de la atención. Implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños

innecesarios relacionados con la atención de salud, al efectuar la medición del riesgo que conlleven los cuidados hospitalarios que es de suma importancia para el sistema de salud por el impacto que este representa en diversos esferas de la vida, no solo desde el punto de vista sanitario sino también económico, jurídico, ético, social e incluso mediático, esto implica llevar al campo de la salud pública el análisis de los riesgos y las probabilidades de que ocurran hechos relacionados con la salud o su pérdida, así como la aparición de discapacidades, la ocurrencia de accidentes y otro tipo de eventos inesperados.

Tabla 18

Reporte de Incidentes y Eventos Adversos
Años 2020 al 2022

AÑOS	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO	TOTAL
2020	3	4	7
2021	6	11	17
2022	2	12	14
Total	11	27	38

Fuente: División de Seguridad del Paciente de la OSCENS.
(I): Incidente.
(EA): Evento Adverso.

La tabla 18, muestra el reporte de los incidentes y eventos adversos ocurridos en los diferentes servicios del Centro Médico Naval "CMST", durante los años 2020 al 2022, el suceso más reportado fueron los eventos adversos (27), de los cuales el mayor reporte fue en el año 2022. El año que presentó mayor reporte fue en el año 2021 (17), de los cuales SEIS (6) fueron incidentes.
Es importante señalar que en el año 2020 se realizó menos reportes a causa de la pandemia del COVID-19.

Acciones a Implementar en el proceso de Seguridad del Paciente:

a. Promover y fortalecer la cultura de seguridad del paciente a todo el personal de la IPRESS, orientada a reducir los incidentes y eventos adversos en los usuarios de salud.

e. Difundir las prácticas seguras de atención en salud y fomentar el desarrollo de la investigación en seguridad y gestión con conocimiento en seguridad de paciente.

7.5.5 Proceso de mejora continua:

Los Proyectos de mejora procuran optimizar el desempeño y las condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad, para lo cual PRESS nuevos viene implementando proyectos de acuerdo a lo dispuesto en la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.

Tabla 19

Proyectos de mejora continua en Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" año 2022

Nº	PROYECTO	ETAPA DE ESTUDIO
1	Juntos por una buena atención en emergencia	En implementación
2	"Caminemos juntos hacia un buen trato en salud" en la Consulta Externa del Centro Médico Naval "CMSI"	En proceso de institucionalización
3	"Implementación de la cultura de adherencia al proceso de higiene de manos según la OMS"	En implementación

Fuente: Reporte de proyectos de Mejora continua División de Mejora Continua

En el siguiente cuadro se detallan los TRES (3) proyectos con los que actualmente cuenta el Centro Médico Naval "CMSI" y su condición de acuerdo a la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud.

7.5.6 Acciones a implementar en el proceso de Mejora Continua

a. Dar continuidad a los proyectos de mejora en proceso de implementación, verificando la disponibilidad de los recursos solicitados a la IAFAS.
b. Solicitar presupuesto para la sostenibilidad del proyecto "Caminemos juntos hacia un buen trato en salud" en la Consulta Externa del Centro Médico Naval "CMST".
c. Implementación del Sistema de referencia y contra referencia de acuerdo a la normatividad vigente emitida por la Dirección de Salud de la Marina y el Ministerio de Salud.
d. Gestionar la aplicativa digital de reporte de eventos adversos en salud
e. Gestionar el aplicativo de encuesta de satisfacción al usuario para usuarios con disponibilidad de acceso a tecnologías digitales.
f. Gestionar la sostenibilidad de las brazaletas de identificación de pacientes y de carteles de seguridad de pacientes.
g. Formación y capacitación de los monitores de higiene de manos.
h. Dar continuidad a la formación de nuevos auto evaluadores internos para el proceso de autoevaluación.
i. Promover
j. Promover un lineamiento institucional que permita establecer un horario para la realización exclusiva del proceso de autoevaluación

7.6 Estrategias derivadas del análisis FODA del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
F1. Personal de la CGC-PSS con experiencia en Calidad e SG 9001.	O1. Programas de capacitación para instituciones en gestión de calidad.	D1. Insuficiente número de RRHH, especializado en gestión de calidad.	A1. Captación por instituciones externas del personal capacitado en GC por la falta de bonificaciones a puesto y estabilidad laboral.
F2. Procesos estandarizados alineados al enfoque en gestión de calidad.	O2. Implementación de los procesos en los diferentes Departamentos del CEMENA.	D2. Alta rotación del personal militar y civil. Personal vulnerable en condición vulnerable.	A2. Falta de compromiso de personal del CEMENA en normas relacionadas a la calidad.
F3. Estructura organizacional basada en la gestión por procesos.	O3. Alta predisposición del personal de las UEST para cumplir con los estándares y políticas de Salud de la FSA.	D3. Limitaciones en recursos humanos especializados para la supervisión de las dependencias de las DPSS del CEMENA.	A3. Tendencia epidemiológica variable de SARS Cov-2.
F4. Responsables de las Divisiones capacitados para desarrollar los respectivos procesos.	O4. Cruzados procesos de actividades ejecutadas por diferentes procesos principales de SGC.	D4. Falta de asignación presupuestal para el desarrollo de las actividades de gestión de calidad.	F4. Responsables de las Divisiones capacitados para desarrollar los respectivos procesos.
F5. Procesos alineados a las normativas nacionales en respuesta al contexto sanitario por la pandemia a SARS Cov-2.	O5. Trabajo remoto y tele capacitación disponible.	F5. Procesos alineados a las normativas nacionales en respuesta al contexto sanitario por la pandemia a SARS Cov-2.	O5. Trabajo remoto y tele capacitación disponible.

7.4.2 ESTRATEGIAS DERIVADAS DEL ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Estrategias D: Derivadas del cruce de Fortalezas y Oportunidades

Fortalezas	Oportunidades	Estrategias
F1. Personal de la OGCYHSS con experiencia en Calidad e ISO 9001.	O3. Alta predisposición del personal de la UHSS para cumplir con los estándares y políticas de Salud del MINSA.	E1. Atender las actividades del Plan a las normas de Gestión de Calidad y socializarlas en CEMENA.
F5. Personal receptivo a la capacitación y mejora continua de la calidad.	O1. Programas de capacitación entre instituciones en gestión de calidad.	E2. Gestionar la participación del personal de la OGCYHSS a los programas de capacitación extra-institucionales.

Fortalezas	Oportunidades	Estrategias
Estrategias DC: Derivadas del cruce de Debilidades y Oportunidades		
D4. Falta de gestión de presupuesto para el desarrollo de las actividades de gestión de calidad.	O4. Hallazgos de supervisiones realizadas por diferentes procesos de SGC.	E3. Gestionar el presupuesto ante la alta Dirección para el desarrollo de las actividades de gestión de calidad y el levantamiento de hallazgos relacionados pilarizando las metas internacionales de seguridad de paciente.
Estrategias FA: Derivadas del cruce de Fortalezas y Amenazas		
F1. Personal de la OGCYHSS con experiencia en Calidad e ISO 9001.	A2. Escaso compromiso del personal de CEMENA en temas relacionados a la calidad.	E4. Motivar y capacitar al personal de salud en temas relacionados a calidad.
F6. Procesos alineados a las normativas nacionales en respuesta al contexto sanitario para la pandemia al SARS Cov-2.	A3. Tendencia a epidemiológica variable del SARS Cov-2.	E5. Adaptar las normas internas del CEMENA a los lineamientos del entorno, según la variabilidad de la tendencia epidemiológica de SARS Cov-2.

Evaluación de los factores internos y externos del sistema de gestión de calidad

Estrategias DA: Derivadas del cruce de Debilidades y Amenazas		
D2. Alta rotación del personal militar y civil.	A1. Captación por instituciones externas de personal capacitado en GC por falta de incentivos al puesto y estabilidad laboral. A2. Escaso compromiso del personal del CEMENA en temas relacionados a la calidad.	E6. Gestionar la contratación y/o la designación de personal militar civil con sus respectivos incentivos al puesto con la finalidad de mantener los estándares establecidos en las normativas vigentes.
D4. Falta de gestión de presupuesto para el desarrollo de las actividades de gestión de calidad.	A2. Escaso compromiso del personal del CEMENA en temas relacionados a la calidad.	E7. Solicitar la inclusión en el plan anual institucional de un presupuesto para el desarrollo de las actividades de el Ciclo de Gestión de Calidad y humanización de los servicios de Salud del CEMENA.

ANÁLISIS CAME:

La matriz CAME cruza los dos ejes del análisis FODA: el eje de análisis interno (Puntos fuertes y puntos débiles), con el eje de análisis externo (oportunidades y amenazas). Este análisis recíproco entre ejes ha permitido la clarificación de las claves Estratégicas pertinentes para la gestión de la calidad en cuatro dimensiones:
Corregir, Afrontar, Explotar y Mantener:

	OPORTUNIDADES (EXPLOTAR)	AMENAZAS (MANTENER)
FORTALEZAS	F1 y O3 Alinear las actividades del Plan a las normas de Gestión de Calidad y socializarlas en CEMENA F5 y O1 Gestionar la participación de personal de la OGCHSS a los programas de capacitación extra institucionales	F1 y A2 : Motivar y capacitar al personal de salud en temas relacionados a calidad F4 y A3: Adaptar las normas internas de CEMENA a los lineamientos del ente rector, según la variabilidad de la Tendencia epidemiológica del SARS Cov-2
	OPORTUNIDADES (CORREGIR)	**AMENAZAS (AFRONTAR)**
DEBILIDADES	D4 y O4: Gestionar el presupuesto ante la alta Dirección para el desarrollo de las actividades de gestión de calidad y el levantamiento de hallazgos relacionados priorizando las metas Internacionales de seguridad de paciente.	D2y A1, A2: Gestionar la contratación y/o la designación de personal (militar, civil) con sus respectivos incentivos al puesto con la finalidad de mantener los estándares establecidos en las normativas vigentes. D4 y A2: Solicitar la inclusión en el plan anual institucional de un presupuesto para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del CEMENA.

7.7 Riesgos y Controles:

7.7.1 Riesgos

Procesos

PROCESOS IDENTIFICADOS: Gestión de la Dirección, Gestión de la Calidad, Asesoría Legal, Seguridad del Paciente, Autoevaluación, Atención al Usuario, Auditoría de la Calidad en Salud, Mejora Continua, Gestión de la Información, Gestión de Recursos Humanos, Gestión Logística.

Se realizó la evaluación de riesgos de los procesos, tomando en cuenta los riesgos positivos (oportunidades) y los riesgos negativos (amenazas) (Anexo No. 4).

RIESGO POSITIVO: Se evaluó el diseño y planificación de las actividades del SGC para el año 2022, que promueve el cumplimiento de los requisitos del SGC, lo cual impactaría positivamente generando satisfacción de cliente, mejora continua del SGC y continuidad en la prestación de los servicios.

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no haber planificado adecuadamente el SGC lo cual generaría una serie de incumplimientos relacionados al SGC las cuales impactarían en forma negativa al SGC.

ASPECTOS INTERNOS Y EXTERNOS

ASPECTOS INTERNOS Y EXTERNOS IDENTIFICADOS: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas.

Se realizó la evaluación de riesgos de los aspectos internos y externos, tomando en cuenta los riesgos positivos (oportunidades) y los riesgos negativos (amenazas).

*es diferente a la definición de amenaza del contexto externo.

FORTALEZAS - OPORTUNIDADES

RIESGO POSITIVO: Se evaluó si al identificar y priorizar las actividades de mejora consideró los aspectos internos positivos FORTALEZAS, y externos OPORTUNIDADES, verificando que el cumplimiento de responsabilidades de la división de mejora Continua, impactarían positivamente generando satisfacción del cliente, mejoras en el proceso continuo y continuidad en la prestación de los servicios.

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no contar con personal que cubra el perfil del puesto en la OGCHSS lo cual generaría incumplimiento con los objetivos de calidad planteados, pérdida de tiempo del personal al tener que rehacer las tareas lo cual impactaría negativamente generando reclamos e ineficacia del SGC.

PARTES INTERESADAS

PARTES INTERESADAS IDENTIFICADAS: Estado, Cliente, Personal, Comunidad y Proveedores

Se realizó la evaluación de riesgos de las partes interesadas, tomando en cuenta los riesgos positivos (oportunidades) y los riesgos negativos (amenazas).

ESTADO

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no tener las directivas a tiempo lo cual generaría que no se realicen las actividades de acuerdo a lo normado, incumplimiento con los requisitos de la parte interesada ESTADO, lo cual impactaría negativamente generando sanciones e ineficacia del SGC.

CLIENTES

RIESGO POSITIVO: Se evaluó si proveer la información normativa relativa a la Gestión de la calidad en salud promueve el cumplimiento de los requisitos de la parte interesada CLIENTE, lo cual impactaría positivamente generando satisfacción del cliente, mejora continua del SGC y continuidad en la prestación de los servicios

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no haber planificado las actividades a hacerlo periódicamente, ni haber evaluado, retroalimentado ni mejorar los resultados de la gestión, lo cual generaría incumplimiento de las directivas y con los requisitos de la parte interesada CLIENTE, lo cual impactaría negativamente generando reclamos a nivel del SGC.

RIESGO POSITIVO: Se evaluó si al Supervisar las actividades planeadas y la capacitación promueve el cumplimiento de los requisitos de la parte interesada CLIENTE, lo cual impactaría positivamente generando satisfacción de cliente, mejora continua del SGC y continuidad en la prestación de los servicios.

CLIENTES

PERSONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (COLABORADORES)

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no tomar en cuenta los derechos laborales, lo cual generaría bajo desempeño laboral y fuga de talentos, en la implicancia del SGC.
RIESGO POSITIVO: Se evaluó si al tomar en cuenta el buen clima laboral promueve el cumplimiento de los requisitos de la parte interesada PERSONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, lo cual impactaría positivamente generando buen clima laboral, mejora continua del SGC y continuidad en la prestación de los servicios.

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no haber tomado en cuenta el reconocimiento al desempeño, realizar eventos de confraternidad, ni capacitaciones lo cual generaría incumplimiento con los requisitos de la parte interesada PERSONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, lo cual impactaría negativamente generando inconformidad por parte del personal, problemas de convivencia y personal con limitaciones para el desarrollo de su trabajo.

COMUNIDAD

RIESGO POSITIVO: Se evaluó si el cumplimiento de calendarios promueve el cumplimiento de la aplicación de las normativas de convivencia aplicables (de los requisitos de la parte interesada COMUNIDAD), lo cual impactaría positivamente generando reconocimiento, mejora continua del SGC y continuidad en la prestación de los servicios.

PROVEEDORES

RIESGO POSITIVO: Se evaluó si el diseño y planificación de las actividades del SGC para el año 2021 promueve el cumplimiento de los requisitos de la parte interesada PROVEEDORES, lo cual impactaría positivamente generando satisfacción del proveedor, mejora continua del SGC y continuidad en la prestación de los servicios.

RIESGO NEGATIVO: Se evaluó el peligro de no haber planificado adecuadamente el SGC lo cual generaría incumplimiento con los requisitos de la parte interesada PROVEEDORES, lo cual impactaría negativamente generando reclamos del proveedor, pérdida del proveedor e ineficacia del SGC.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se validó el diseño y planificación del SGC frente a los procesos, aspectos internos y externos y requisitos de las partes interesadas.
- Se concluye que el diseño y planificación de las actividades del SGC para el año 2021 si promueve el cumplimiento de los procesos, aspectos internos y externos y requisitos de las partes interesadas, se estableció lo necesario para maximizar el riesgo positivo (TRATAMIENTO MEJORAR).
- Se concluye que el peligro de no haber planificado adecuadamente el SGC lo cual generaría incumplimiento con lo establecido, no es significativo, por lo cual se descarta la hipótesis que el SGC es eficaz.
- Se recomienda hacer un seguimiento trimestral por parte de coordinador del SGC para garantizar que las condiciones evaluadas se mantengan en el tiempo.

7.7.2 CONTROLES

Si en la Evaluación del riesgo se deduce que el riesgo no es tolerable, hay que controlar el riesgo. El resultado de una evaluación de riesgos debe servir para hacer un inventario de acciones, con el fin de diseñar, mantener o mejorar los controles de riesgos.

Es necesario contar con un buen procedimiento para planificar la implantación de las medidas de control que sean precisas después de la evaluación de riesgos. (Anexos Tal 9).

Algunos ejemplos de controles que utilizaremos son los siguientes:

- Verificar Lineamientos recibidos
- Elaborar el Plan de Gestión de la Calidad oportunamente
- Recibir Validación Interna y Externa
- Aprobar el plan
- Coordinar ejecución de actividades
- Supervisar cumplimiento de actividades
- Elaborar informes
- Establecer acciones de mejora
- Realizar visitas de seguimiento
- Evaluar al personal
- Incluir actividades de capacitación
- Aplicar encuestas SERVQUAL Modificado
- Consolidado de reclamos y sugerencias
- Comunicación efectiva con el personal
- Ejecutar capacitación/inducción
- Verificar competencias del capacitador
- Ejecutar evaluación de la eficacia de la capacitación
- Actualización de la DVCS
- Ejecutar rondas de seguridad del paciente
- Fomentar el reporte de eventos adversos
- Supervisión de higiene de manos.
- Registro y seguimiento de datos para autoevaluación

VIII OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DEL CENTRO MÉDICO NAVAL "CMST"

Promover la calidad de las atenciones de salud y satisfacción del usuario alcanzando estándares de excelencia en atención y seguridad del paciente, a través de la promoción de la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Centro Médico Naval y el trato humanitario en la atención a los usuarios, tanto internos como externos, con el fin de desarrollar una cultura de calidad orientada a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios.

8.1 OBJETIVOS GENERALES DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

OG-01: Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación y conducción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en el Centro Médico Naval "Capitán Mayor Santiago Tavara".

OG-02: Establecer un sistema de docencia e investigación en las diferentes áreas dirigido al personal civil y militar.

OG-03: Establecer acciones de mejora continua para el cumplimiento de la normatividad y otros requisitos vigentes en nuestros procedimientos.

8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

OE-01: Implementar y monitorear los procesos necesarios para la Gestión de la Calidad en el Centro Médico Naval, bajo el enfoque de la mejora continua acorde a la política institucional para realizar la autoevaluación y lograr acreditación de Centro Médico Naval.
Mantener e implementar un sistema de gestión de calidad certificado basado en la norma ISO 9001 en el Centro Médico Naval "CMST".
Lograr y mantener la ISO 9001:2015.

OE-02: Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad del paciente a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención.

OE-03: Contribuir a mejorar la atención de los servicios de salud a través de las auditorías en salud apegadas a normatividad del MINSA.

OE-04: Promover la mejora continua mediante los seguimientos para las implementaciones de acciones de mejora o proyectos para el cumplimiento de la normatividad y otros requisitos vigentes en nuestros procedimientos.

OE 05: Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios externos, mediante la evaluación de sus percepciones y expectativas de los servicios de salud recibidos en las IPRFFS navales; así como promover una cultura de humanización para usuario interno y externo, mediante la realización de programas motivacionales.

IX. RESPONSABLES

DIRECTOR DE SALUD DE LA MARINA/ DIRECTOR DEL HOSPITAL:

- Aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2021 del Centro Médico Naval.
- Asignar los recursos para el desarrollo de las actividades planificadas.
- Vigilar el cumplimiento del Plan.

OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Dirigir, controlar y coordinar la gestión orientándola al logro de los objetivos.
- Difusión, capacitación y verificación de concurso desarrollo del plan de calidad

COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD:

Participar en la elaboración, aprobación, puesta en práctica y evaluación de las políticas, planes y programas del Plan Gestión de la Calidad.

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Participar en la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación de las políticas, planes y programas relacionados con la Seguridad del Paciente, evaluar las notificaciones de Incidentes y Eventos Adversos y la implementación de sus recomendaciones.

EQUIPO DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:
Desarrollar las rondas de seguridad del paciente a fin de identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios, educando in situ al personal de salud en relación a las prácticas seguras, tomando contacto con los pacientes para identificar aspectos de Seguridad de su atención y crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

EQUIPO CONDUCTOR LVSC:

Fortalecer el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el proceso de atención quirúrgica, con la máxima adherencia, capacitando a los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica y remitir información periódica a la oficina de gestión de la calidad para su consolidado y elevación a la Dirección del Centro Médico Naval "CMST".

COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA Y COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD:

Participar en la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación de las políticas, planes y programas del plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. Evaluar, dar recomendaciones, verificar el cumplimiento y eficacia de sus recomendaciones.

EQUIPO DE EVALUADORES INTERNOS:

Cumplir con autonomía e imparcialidad su labor. Elaborar el plan del proceso de autoevaluación del Centro Médico Naval "CMST". Recolectar y analizar la evidencia objetiva, oportuna y suficiente para obtener conclusiones y elaborar los respectivos informes técnicos del proceso de autoevaluación.

COMITÉ DE AUTOEVALUACIÓN:

Asumir el liderazgo promoviendo la participación del equipo de autoevaluación, dirigiendo, planeando, coordinando y realizando el proceso de Autoevaluación del Centro Médico Naval "CMST", elaborando estrategias e instrumentos para su desarrollo garantizando transparencia en el proceso.

EQUIPO DE ACREDITACIÓN:

Coordinar y analizar el Informe Técnico de autoevaluación.

EQUIPOS DE MEJORA CONTINUA:

Implementación de actividades de mejora en sus áreas de trabajo a través de la elaboración, desarrollo y evaluación de proyectos de mejora acorde con los

objetivos del Plan de Mejora Continua Institucional. Emitir informes a la oficina de gestión de la calidad para su evaluación y consolidación.

JEFES DE DEPARTAMENTO:

Vigilar la correcta aplicación del Plan de Gestión de Calidad en sus diferentes áreas de labores. Solicitar capacitaciones adicionales, si lo consideran necesario a la Oficina de Gestión de Calidad para la correcta aplicación del plan.

USUARIO INTERNO:

Involucrarse de manera proactiva en los procesos de su propia seguridad y la del usuario externo.

USUARIO EXTERNO:
Considerando que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudará a prevenir que sucedan los eventos adversos se le debe de responsabilizar de involucrarse de manera proactiva en los procesos de su propia seguridad.

PRESUPUESTO

La proyección presupuestal del presente plan se ha realizado priorizando las actividades relacionadas al fomento de la prácticas seguras y enfocados en brindar la satisfacción del usuario externo según se detalla:

[illegible]	SERVICIO/INSUMOS	UNID.	CANT.	COSTO UNIT.	TOTAL
[illegible]	Cartel publicitario	-	1		300
Capacitación al personal para [illegible] en la Norma ISO 9001:2015	Formatos para servicios de [illegible]		1		1200
Supervisión de la adherencia a la higiene de manos	Formaletas	-	3		300
Gráficos estadísticos [illegible] unidad de [illegible] / prevención de caídas / prevención de lesiones por presión	Papel de rotafolio		300		1.00
Material visual (carteles, trípticos, [illegible] seguros (higiene de manos, [illegible]), situación de deberes y derechos de los usuarios, Sala de Espera, trato a los pacientes, [illegible]	Trípticos	-	[illegible]	[illegible]	1500
	Afiches		100	20	2000
Dispositivos móviles para aplicación de encuestas SERVQUAL online	Tablet		2	540	[illegible]
Taller Autoevaluadores	Refrigerio (frugos/galletas)	Millar	500	540	540.00
	Constancias	Ciento	500	1.80	900.00
Taller de elaboración de guías y calidad de registro	Refrigerio (frugos/galletas)	Millar	500	540	540.00
	Constancias	Ciento	500	1.80	900.00
Taller difusión de la "Guía del trato adecuado a los pacientes con discapacidad"	Refrigerio (frugos/galletas)	Millar	500	540	540.00
	Constancias	Ciento	500	1.80	900.00
Campaña lavado de manos (Mes: 2023)	Alquiler de mobiliario	Unidad	1	180.00	180.00
	Tótem	Millar	1	400.00	400.00
	Pares	Millar	200	200.00	200.00
	Gorros	Unidad	100	0.90	90.00
	Refrigerio (frugos/galletas)	Unidad	100	1.50	150.00
	Constancias	Unidad	100	1.00	100.00
	Cabello suelto	Unidad	10	70	700.00
	Alcohol gel	Litros	10	7	70.00
Taller de [illegible] Adventistas (L2)	Refrigerio (frugos/galletas)	Millar	500	540	540.00
	Constancias	Ciento	500	1.80	900.00
Taller de [illegible]	Movilidad Parente	Unidad	01	90.00	90.00
	Certificado de [illegible]	Unidad	01	1.80	
	Reconocimientos				100.00
	Personajes [illegible]	Pares	02	50.00	100.00
	Refrigerio	Unidad	100	1.50	
Semana de la salud	Movilidad Parente	Unidad	36	50.00	500.00
	Certificado de [illegible]	Unidad	100		500.00
	Reconocimiento				150.00
	Premios	Unidad	15	100.00	1000.00
	Artículos	Unidad	100	10.00	
	Refrigerio				
Celebración del día mundial de la salud y buen trato a pacientes (7 de abril)	Alquiler de mobiliario	Unidad	1	180.00	180.00
	Tótem	Millar	1	400.00	400.00
	Pines	Millar	200	200.00	200.00
	Gorros	Unidad	100	0.90	90.00
	Refrigerio (frugos/galletas)	Unidad	100	1.50	150.00
	Condecoraciones	Unidad	10	1.80	180.00
	SUBTOTAL				[illegible]

X. BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de salud de Perú. Dirección de calidad en salud. Plan nacional de gestión de la calidad. 2006.
2. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España: Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud de España, periodo 2015-2020.
3. Decreto Supremo 002-2019/MINSA que aprueba el reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
4. Norma internacional del sistema de gestión de la calidad ISO 9001 versión 2015.
5. Norma Técnica de Salud: NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Auditoría de la calidad de la atención en salud".
6. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA "Categoría de establecimientos del sector salud".
7. Resolución Ministerial N°650-2007/MINSA: que aprueba la NTS N°050 "Norma técnica para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
8. Resolución Ministerial N° 995-2012/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad".
9. Planeamiento estratégico institucional.
10. Manual de instrucciones de correspondencia naval SCION 13923.
11. Plan estratégico de la Dirección de Salud de la Marina.
12. Plan de sistema de gestión de la calidad en salud de DISAMAR 2020-2021.
13. Resolución Directoral N° 309/DISAMAR de fecha 17 de marzo del 2020 que aprueba el "Manual de procedimientos para la atención de reclamos y sugerencias en las IPRESS de DISAMAR".

ANEXO 1

SISTEMA DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD PERIODO 2023-2024

OBJETIVO GENERAL:	FORTALECER EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ

N°	JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (JOGCHS)															
	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD M.	META	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Designar a los responsables e integrantes de cada proceso del SGC	Evaluar el perfil del personal a convocar	Orden interna	1	X											
2	Organizar y monitorear las actividades de los procesos del SGC	Implementar los indicadores para el monitoreo del PCCHS	Indicador	5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Conformar el comité de auditorías de acreditación y el equipo de evaluadores internos	Evaluar el perfil del personal a convocar	Acta de reunión	1	X											
4	Adaptar los documentos para la gestión de las actividades del SGC	Socializar documentos emitidos por DISAMAR	Orden interna	1	X											
5	Realizar reuniones de coordinación con los encargados de los procesos, para evaluar la planificación de acciones de mejora e implementar	Gestionar reuniones	Acta de reunión	4			X			X			X			X
6	Consolidar los informes trimestrales en cumplimiento del plan.	Verificar cumplimientos de entrega de informes	Informe	4			X			X			X			X
7	Gestionar las acciones de mejora emergentes del análisis situacional	Asesorar en la implementación de las oportunidad y acciones de mejora	Matriz	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Elaborar el plan de gestión de la calidad 2023	Elaborar el análisis situacional de la PRESS	Plan	1											X	
9	Organizar actividades con el fin de promover la humanización de la atención en salud	Promover cursos talleres	Informes					X				X				

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: IMPLEMENTAR Y MONITOREAR LOS PROCESOS NECESARIOS PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL, BAJO EL ENFOQUE DE LA MEJORA CONTINUA ACORDE A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL, PARA REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN Y LOGRAR LA ACREDITACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL.

Nº	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD M.	META	E	F	M	A	M	J	L	A	S	O	N	D
1	Elaborar y gestionar aprobación del plan de autoevaluación 2023	Elaborar el plan	Plan	1											X	
		Gestionar aprobación del plan	Resolución Directoral	1											X	
2	Nombramiento de los equipos de autoevaluación	Orden interna	Orden interna	1		X										
3	Capacitar a los integrantes del Comité de autoevaluación y equipo de evaluadores internos.	Nombramiento y Documento	Lista de asistencia	2					X			X				
4	Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en la autoevaluación (anterior) mediante la matriz de oportunidades y seguimiento de acciones de mejora	Monitoreo	Matriz	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Informar el inicio del proceso de autoevaluación en la DIRESA (DIRESA y DISAMAR)	Elaborar documento	Oficio/ Memorandum	1								X				
6	Ejecutar el proceso de autoevaluación.	Elaborar documento	Formatos de recolección de datos										X	X		
7	Realizar el informe técnico de autoevaluación y elevarlo a la DIRESA y DISAMAR	Elaborar documento	Informe	1											X	
8	Realizar la reunión de cierre y socialización de los resultados del proceso de autoevaluación	Elaborar documento	Acta de reunión	1												X
9	Remitir a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud (OGCHSS), el informe trimestral sobre los avances en la ejecución del plan.	Elaborar informe	Informe	1			X			X			X			X

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: FORTALECER LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PROMOVIENDO UNA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA ESTANDARIZACIÓN Y ADHERENCIA A PRÁCTICAS SEGURAS DE ATENCIÓN

N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD MED.	MEDIA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Actualizar encuesta sobre cultura de seguridad	Distribuir encuesta sobre PREG	Informe	1									X	X	X	
2	Continuar con comité de seguridad del paciente	Revisar el perfil del personal	Orden interna		X											
3	Capacitar al comité de seguridad del paciente	Evaluar programa	Lista de asistencia	2		X						X				
4	Realizar las rondas de seguridad del paciente	Gestionar programación mensual	Informe de Rondas	11		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en las rondas de seguridad del paciente mediante la matriz de oportunidad y seguimiento	Consolidar la información y socializar los resultados de rondas	Matriz	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Promover la identificación análisis y elaboración del reporte de incidentes y eventos adversos	Elaborar documento	Informe	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Acompañar la implementación de acciones de mejora en base al análisis de incidentes y eventos adversos	Consolidar los resultados y supervisar las acciones de mejora	Matriz	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Implementar el uso de las guías de nuevas prácticas de cuidados del paciente de IPSANAS	Supervisar la implementación de las guías de buenas prácticas	Informe	4			X			X			X			X
9	Supervisar el cumplimiento de la metodología utilizada de higiene de manos de la OMS	Realizar auditorías	Plan de verificación	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Organizar la celebración del día mundial de la higiene de manos (5 de mayo) y el día mundial de la seguridad del paciente (17 de septiembre)	Elaborar programa para el desarrollo del evento	Evento	2					X				X			

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

OBJETIVO ESPECÍFICO N°: CONTRIBUIR A MEJORAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LAS AUDITORÍAS ENFOCADO A APLICANDO LA NORMATIVIDAD DEL MINSA.

N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD M.	META	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D
1	Elaborar y gestionar la aprobación del plan de auditoría en salud 2023	Elaborar el Plan	Plan												X
		Aprobar el plan	Resolución Directoral												X
2	Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de Calidad de la Atención en Salud	Realizar Auditorías de la Calidad de Atención en Salud (AUCAS) programadas.	Informe de auditoría	4			X			X			X		X
		Realizar Auditorías de Gestión Clínica programadas	Informe de auditoría	2					X					X	
3	Realizar informe del avance en la ejecución del proceso de auditoría de calidad	Elaborar informe trimestral	Informe	4			X			X			X		X
4	Promover en los Comités de Gestión Clínica vía procedimientos en los diferentes departamentos, servicios y unidades del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".	Elaborar informe semestral	Informe	2					X					X	
5	Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en las auditorías	Consolidar las mejoras y supervisar las medidas de mejora	Informe	4			X			X			X		X

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA

OBJETIVO ESPECÍFICO #:	PROMOVER LA MEJORA CONTINUA MEDIANTE LAS ACCIONES DE MEJORA O PROYECTOS DE MEJORA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD Y OTROS REQUISITOS VIGENTES EN NUESTROS PROCEDIMIENTOS.															
N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD M.	MEJ.	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Conformar el equipo de mejora continua.	Evaluar el perfil del personal	Orden interno	1	X											
2	Capacitar a los integrantes del equipo de mejora continua en el uso de la metodología de la guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad	Elaborar el cronograma de capacitación	Lista de asistencia	4		X						X				
3	Realizar el seguimiento de las oportunidades y acciones de mejora de las PRESS	Consolidar los mejoras en todos los procesos de la PRESS	Matriz	4			X			X			X			X
4	Gestionar reuniones entre el coordinador de calidad y los integrantes del comité de calidad y humanización de los servicios de salud, con la finalidad de analizar las acciones de mejora	Elaborar cronograma de reuniones	Actas de reunión	4		X			X			X			X	
5	Realizar el seguimiento de la implementación de las acciones de mejora de todos los procesos	Monitorear la implementación de las acciones de mejora	Informes	4			X			X			X			X
6	Proponer y desarrollar proyectos de mejora problemática en base a la priorización de los resultados obtenidos en la matriz, siguiendo la metodología de la guía técnica	Supervisar el cumplimiento de la elaboración de un proyecto de mejora en Blendtech	Informe	1											X	
		Elaborar reportes de avance por etapas de proyecto de mejora	Informes	4		X			X			X			X	

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: IDENTIFICAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS, MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE SUS PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS EN LAS IPRESS NAVALES, ASÍ COMO PROMOVER UNA CULTURA DE HUMANIZACIÓN PARA USUARIO INTERNO Y EXTERNO, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS MOTIVACIONALES

N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD M.	MUTA	L	I	M	A	M	J	L	A	S	O	N	D
1	Difundir y socializar los resultados de las encuestas y la gestión de los reclamos	Elaborar cronograma de reuniones para la difusión y socialización de los resultados de las encuestas	Lista de asistencia	2				X						X		
2	Medir la satisfacción del usuario externo en consulta externa, emergencia/urgencia y hospitalización	Aplicar la encuesta	Informe / Formato	1						X						
3	Evaluar, analizar y gestionar las sugerencias emitidas en el buzón.	Consolidado de las sugerencias y acciones de mejora	Matriz	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Evaluar, analizar y gestionar los reclamos	Consolidado de los reclamos y acciones de mejora	Matriz	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Informar a los usuarios sobre los deberes y derechos durante su atención	Proporcionar información presencial y/o virtual de los Deberes y Derechos de los usuarios en salud	Lista de asistencia	3			X			X			X			X
6	Difundir y velar el cumplimiento de la atención preferente de pacientes (Ley 26682).		Lista de asistencia				X			X			X			
7	Remitir a DISAMAN el reporte mensual de reclamos dentro de los cinco (5) primeros días y un consolidado trimestral realizando un análisis de los reclamos según procedencia y clasificación.	Elaborar consolidado mensual y trimestral de los reclamos en salud	Memorándum / Oficio / Anexo físico y digital	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Organizar la celebración de día nacional de la salud y buen trato al paciente (15 de agosto).	Elaborar programa de actividades para el desarrollo del evento.	Oficio / Memorándum / Anexo evidencias fotográficas	1								X				
9	Organizar actividades con el fin de promover la humanización de la atención de salud	Elaborar cronograma de difusión del trato humanizado	Oficio / Informe / Memorándum / Anexo evidencias	2					X				X			
10	Realizar el seguimiento de la implementación de las acciones de mejora en base a los resultados de las encuestas, reclamos y sugerencias.	Elaborar el consolidado de acciones de mejora	Matriz	4			X			X			X			X

ANEXO 2

CONSIDERACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS COMPLEMENTARIAS
A SER REALIZADAS POR LOS RESPONSABLES DE CADA PROCESO
DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA IPRESS NAVAL

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES / CATEGORÍA	
AG1	Actualización del legajo de entrega de cargo	X
AG2	Actualización del legajo con directivas legales	X
AG3	Documento de nombramiento del encargado del proceso	X
AG4	Nombramiento de los integrantes del equipo de proceso	X
AG5	Evidencia de la capacitación del equipo del proceso (Lista de asistencia)	X
AG6	Evidencia de participación en el elaboración del plan anual de gestión de la calidad (Acta)	X
AG7	Informe trimestral del avance del proceso	X
AG8	Informe semestral del análisis de los resultados del proceso	X
AG9	Difusión y socialización de los resultados del proceso	X
AG10	Matriz de oportunidad y seguimiento de la implementación de acciones de mejora del proceso	X
AG11	Cronograma de supervisiones a las unidades orgánicas de la IPRESS	X

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS COMPLEMENTARIAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	ENERO
AU1	Documento de nombramiento del responsable de libro de reclamaciones	X
AU2	Nombramiento de los encuestadores	X
AU3	Reporte mensual de reclamos y sugerencias (correo o mensaje nota)	X
AU4	Evidencia de difusión y socialización de deberes y derechos de los usuarios (digital)	X
AU5	Informe trimestral del análisis de los reclamos según tipo y procedencia	X
AU6	Informe del inicio de la Encuesta SERVQUAL	X
AU7	Informe con resultados de la encuesta SERVQUAL	X

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	ENERO
SP1	Reporte mensual de eventos adversos	X
SP2	Evidencia de difusión y socialización de las guías de buenas prácticas de cuidado de enfermería	X
SP3	Informe semestral del análisis de los resultados de eventos adversos y metas de seguridad del paciente	X
SP4	Informe semestral del análisis de los resultados de la lista de verificación de la cirugía segura	X
SP5	Informe del inicio de la encuesta de seguridad del paciente	X
SP6	Informe de resultados de la encuesta de seguridad del paciente	X

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	ENERO
AS1	Evidencia de difusión y socialización de la Norma Técnica Auditoría NTS N° 029/MINSA	X
AS2	Informe semestral del análisis de la auditoría de gestión clínica	X
AS3	Difusión y socialización de los resultados del proceso de Auditoría	X

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	MARZO
MC1	Reporte mensual de avances por etapas de los proyectos de mejora continua	X
MC2	Mantener cuadro actualizado de los avances por etapas de los proyectos de mejora	X
MC3	Evidenciar la socialización de los resultados de la experiencia de mejora del proyecto implementado	X
MC4	Informe semestral del análisis de la implementación de acciones y proyectos de mejora continua	X
MC5	Difusión y socialización de los resultados del proceso de mejora continua	X

ANEXO 3:

INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA IPRESS NAVAL

INDICADORES DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

Nombre del Indicador	Cumplimiento de los planes de autoevaluación
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer que la IPRESS cumple con la realización del proceso de autoevaluación.
Fórmula	N° de procesos de autoevaluación realizados x 100 / N° de procesos de autoevaluación programados
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informe del proceso de autoevaluación de la IPRESS
Meta anual	100% | Umbral | 100%
Periodicidad	Anual
Responsable	Encargado del proceso de autoevaluación

Nombre del Indicador	Nivel obtenido en la autoevaluación
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer el porcentaje de la autoevaluación alcanzado con relación al estándar exigido.
Fórmula	Número Absoluto obtenido como resultado del aplicativo MINSA para conocer el porcentaje de proceso de autoevaluación
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informe sobre el proceso de autoevaluación de la IPRESS
Meta anual	UN (1) Informe con los resultados del proceso de autoevaluación | Umbral | Óptimo: 85% a más Aceptable: 70 a 84 % Crítico: 50 a 69 %
Periodicidad	Anual
Responsable	Encargado del proceso de autoevaluación

Nombre del Indicador	Mejora del Plan de autoevaluación
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer el AUMENTO del PORCENTAJE del proceso de AUTOEVALUACIÓN de la IPRESS en relación al año anterior, para conocer la mejora del proceso.
Fórmula	Diferencia resultante entre el % del proceso de autoevaluación del año en curso y el % del proceso del año anterior
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes sobre la autoevaluación de las IPRESS
Meta anual	Diferencia mayor al 10% Umbral: 5-10% mayor que la autoevaluación del año anterior.
Periodicidad	Anual
Responsable	Encargado del proceso de autoevaluación

INDICADORES DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Nombre del Indicador	Cumplimiento de auditorías de calidad planificadas
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer que la IPRESS cumple con realizar las auditorías de calidad programadas
Fórmula	Nº de auditorías de calidad realizadas x 100 Nº de auditorías de calidad programadas
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes sobre auditorías de las IPRESS
Meta anual	100% Anual 100%
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Encargado del proceso de auditoría

Nombre del indicador	Cumplimiento de auditorías de gestión clínica planificadas
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer que la IPRESS cumple con realizar las auditorías de gestión clínica programadas
Fórmula	Nº de auditorías de gestión clínica realizadas x 100 Nº de auditorías de gestión clínica programadas
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes sobre las auditorías de las IPRESS
Meta anual	100% Anual 100%
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Encargado del proceso de auditoría

Nombre del indicador	Evaluación de la Adherencia a las GPC
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer que la IPRESS cumplen con la adherencia a las GPC
Fórmula	Nº de HC auditadas de las IPRESS que cumplen con la adherencia a las GPC x 100 Nº total de HC de las IPRESS auditadas
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes sobre las auditorías de adherencia a GPC de las IPRESS.
Meta anual	100% Anual 70%
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Encargado del proceso de auditoría

INDICADORES DEL PROCESO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nombre del Indicador	Evaluación del cumplimiento de las rondas de seguridad
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer el cumplimiento de las actividades de seguridad del paciente programadas en la IPRESS
Fórmula	N° de rondas de seguridad realizadas x 100 N° de rondas de seguridad programadas en la IPRESS
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes del cumplimiento de las actividades de seguridad del paciente programadas en las IPRESS
Meta anual	100% | Unidad | 100%
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Encargado del proceso de seguridad del paciente

Nombre del Indicador	Evaluación de cumplimiento de reporte de incidentes
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer el ocurrencia de incidentes en la IPRESS
Fórmula	Número acumulado de reportes de incidentes en la IPRESS
Población	IPRESS naval
Fuente de datos	Informes del cumplimiento de las actividades de seguridad del paciente programadas en la IPRESS
Meta anual	Seguir reportando | Unidad | N/A
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Encargado del proceso de seguridad del paciente

Nombre del Indicador	Implementación de las Guías de Cuidados del Paciente
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer la implementación de las guías de cuidados del paciente (enfermería) en la IPRESS
Fórmula	Número acumulado de informes sobre la implementación de las guías de cuidado del paciente
Población	IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes del cumplimiento de las actividades de seguridad del paciente programadas en las IPRESS
Meta anual	Cuatro | Unidad | Cuatro
Periodicidad	Anual
Responsable	Encargado del proceso de seguridad del paciente

INDICADORES DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA

Nombre del Indicador	Implementación de acciones de mejora		
Tipo	Indicador de Proceso		
Justificación	Conocer la gestión de las oportunidades de mejora identificadas en la IPRESS		
Fórmula	Nº de Acciones de mejora que se han implementado en la IPRESS x 100 Nº de oportunidades de mejora identificadas		
Población	IPRESS naval		
Fuentes de datos	Informes del cumplimiento de las actividades de mejora continua programadas en la IPRESS		
Meta anual	100%	Umbral	70%
Periodicidad	Trimestral		
Responsable	Encargado del proceso de mejora continua		

Nombre del Indicador	Implementación de proyectos de mejora		
Tipo	Indicador de Proceso		
Justificación	Conocer la implementación de los proyectos de mejora en la IPRESS		
Fórmula	Número absoluto de proyectos de mejora que se han implementado en la IPRESS		
Población	IPRESS naval		
Fuente de datos	Informes del cumplimiento de las actividades de la implementación del proyecto de mejora de la IPRESS		
Meta anual	UNO (1)	Umbral	UNO (1)
Periodicidad	Anual		
Responsable	Director de la IPRESS		

INDICADORES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO

Nombre del Indicador	Implementación de acciones de mejora en función a las respuestas en las encuestas con mayor porcentaje de insatisfacción
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer la gestión de las oportunidades de mejora identificadas en la IPRESS naval resultantes del proceso de las encuestas de satisfacción de usuario en salud
Fórmula	N° de acciones de mejora implementadas en función a las respuestas obtenidas en las encuestas con menos del 50% de satisfacción x 100 N° total de respuestas obtenidas en las encuestas con menos del 50% de satisfacción
Población	N° de usuarios de salud atendidos en la USOS de la IPRESS naval
Fuente de datos	Informe de la encuesta SERVQUA del proceso de satisfacción del usuario en la IPRESS naval
Meta anual	80% — Umbral 70%
Periodicidad	Anual
Responsable	Encargado del proceso de atención al usuario

Nombre del Indicador	Implementación de acciones de mejora en función a los reclamos y sugerencias de los usuarios
Tipo	Indicador de Proceso
Justificación	Conocer la gestión de las oportunidades de mejora identificadas en la IPRESS naval resultantes del proceso de reclamos y sugerencias de los usuarios
Fórmula	N° de acciones de mejora implementadas en función a los reclamos y sugerencias x 100 N° de oportunidades de mejora identificadas en función a los reclamos y sugerencias de los usuarios
Población	N° de usuarios de salud atendidos en la USOS de la IPRESS naval
Fuentes de datos	Informes del cumplimiento de las actividades de atención al usuario en la IPRESS naval
Meta anual	100% — Umbral 70%
Periodicidad	Trimestral
Responsable	Encargado del proceso de atención al usuario

Nombre del indicador	Informes analizados y consolidados de los reclamos		
Tipo	Indicador de Proceso		
Justificación	Conocer la gestión de las oportunidades de mejora identificadas en las IPRESS naval en base a los reclamos		
Fórmula	N° de informes de reclamos analizados y consolidados por motivo y origen x 100 N° total de informes de reclamos recibidos		
Población	N° de usuarios de salud atendidos en los SOS de la IPRESS naval		
Fuentes de datos	Informes de cumplimiento de las actividades de atención al usuario en las IPRESS naval		
Meta anual	100%	Límite	100%
Periodicidad	Trimestral		
Responsable	Encargado del proceso de atención al usuario		

ANEXO 4

FORMATO
INFORME DEL AVANCE TRIMESTRAL DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA IPRESS NAVAL

IPRESS								
PROCESO						TRIMESTRE		AÑO
RESPONSABLE						FECHA DE PRESENTACIÓN		
Nº	ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	MEDIA	ENE	FEB	MAR	EJECUCIÓN*	REPROGRAMACIÓN**
1								
2								
3								
4								
5								

Firma y antefirma del responsable del proceso	Firma y antefirma del JOCCHS/OCCHS de la IPRESS

* Describir el cumplimiento de las actividades realizadas, caso contrario sustentar los motivos del no cumplimiento y describir la acción correctiva correspondiente, de ser el caso.

** De no haberse realizado la actividad, señalar el nuevo plazo de cumplimiento, con documento oficial (mensaje naval, oficio, informe), dirigido al Dirección de Salud de la Marina.

ANEXO 5

FORMATO
INFORME DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO SERVQUAL

IPRESS	
REFERENCIA	R.M. N° 527-2011 MINSA
INSTRUMENTO	Cuestionario de 22 preguntas dobles sobre expectativas y percepciones de la calidad del servicio de salud
PERIODO	DEL: AL:
SERVICIOS ENCUESTADOS	CC. EE. [ ] EMERGENCIA [ ] HOSPITALIZACIÓN [ ]

DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

HABILIDAD	CAPACIDAD DE RESPUESTA	SEGURIDAD	EMPATÍA	BIENES MATERIALES O TANGIBLES
Preguntas 01 al 05	Preguntas 06 al 09	Preguntas 10 al 13	Preguntas 14 al 18	Preguntas 19 al 22
Capacidad de la institución de desarrollar el servicio prometido precisamente como se pactó y con exactitud.	Como la buena voluntad de ayudar a sus clientes y brindar un servicio en forma oportuna.	Evalúa el conocimiento de los trabajadores de salud (empleados) sobre lo que hacen, su cortesía y su capacidad de transmitir confianza.	Capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a sus clientes. Ponerse en el lugar de usuario.	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización.

PROCESAMIENTO DE DATOS

POBLACIÓN (DEL AÑO EN CURSO)	(Número de pacientes atendidos en consulta externa / emergencia / hospitalización)	Año 202....
MUESTRA (SEGÚN APLICATIVO)	(% de la población seleccionados por muestreo aleatorio simple)	

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INSATISFACCIÓN POR DIMENSIONES

% USUARIOS INSATISFECHOS		PERÓMEDIO DE LAS 5 DIMENSIONES		
HABILIDAD	CAPACIDAD DE RESPUESTA	SEGURIDAD	EMPATÍA	BIENES MATERIALES O TANGIBLES
.....%	.....%	.....%	.....%	.....%

LAS CINCO (5) PREGUNTAS CON MAYOR PORCENTAJE DE USUARIOS INSATISFECHOS EN TODAS LA DIMENSIONES FUERON:

ITEM	PREGUNTA	PORCENTAJE
1		.....%
2		.....%
3		.....%
4		.....%
5		.....%

RESULTADOS TOTALES COMPARATIVOS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

2016	2017	2018	2019	2020
.....%	.....%	.....%	.....%	.....%

Firma y antefirma del responsable del proceso	Firma y antefirma del LOCCHS/CCCHS de la IPRESS

ANEXO 6

FORMATO
HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD :

MACROPROCESO :

EVALUADORES :

FECHA :

SERVICIOS EVALUADOS :

PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN :

Código del Evaluador :

CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	HALLAZGO VALIDABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE / COMENTARIOS

ANEXO 7

FORMATO
HOJA DE RECOMENDACIONES

EVALUADOR(ES) :
FECHA :
SERVICIOS EVALUADOS :

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

ANEXO B

ACTA DE REUNIÓN N° ___ - 202..../ (SIGLAS EQUIPO CALIDAD)

Siendo las.....horas del día.....de..... del 202... se reunieron los integrantes del..... .....de la PRESS naval..... sito en.....distrito de ..... con los siguientes participantes:

GRADO	ESP.	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO

ASUNTO:
1. .....
2. .....

REFERENCIAS
Documentación recibida
1. .....

Documentación enviada
1. .....

ANTECEDENTES
1. .....
2. .....

INFORMES
1. .....
2. .....

ACUERDOS
2. .....
3. .....

RECOMENDACIONES
1. .....
2. .....

ANEXOS
1. .....
2. .....

Siendo las.....horas, se da por concluida la presente reunión.

ANTEFIRMA Y FIRMA DE LOS REPRESENTANTES (todas las hojas son rubricadas)

1 (menos antigua)		2
3		4
5		6 (más antigua)

ANEXO 9

FORMATO
REGISTRO DE LISTA DE ASISTENCIA

IPRESS					
PROCESO					
EXPOSITOR					
ASUNTO					
LUGAR			FECHA	HORA	
REFERENCIA				FECHA	

N°	GRADO	ESP.	APELLIDOS Y NOMBRES	CELULAR	FIRMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Firma y antefirma del responsable del proceso

Firma y antefirma del JOCCHS/COCCHS de la IPRESS

ANEXO 10

FORMATO
DIFUSIÓN DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

DIFUSIÓN DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

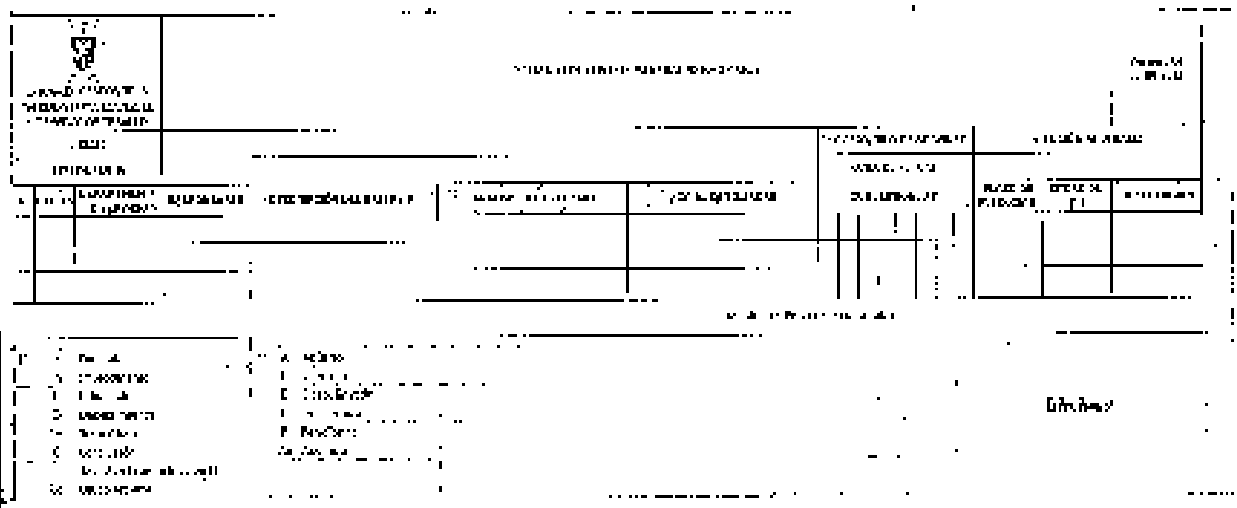
HE LEÍDO EL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA PARA EL PERIODO 2023-2024, DANDO FE DE LO MANIFESTADO CON MI FIRMA.

RELACIÓN DE PERSONAL DE LA IPRESS NAVAL

Nº	GRADO	ESPECIALIDAD	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FECHA	FIRMA
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

ANEXO 11

FORMATO
REPORTE MENSUAL DE RECLAMOS



ANEXO 12

PROCEDENCIA DEL RECLAMO
RESUMEN TRIMESTRAL

IPRESS				
Procedencia del Reclamo	Ene	Feb	Mar	1 Trim
Anulados				
Apoyo al Tratamiento				
Cardiología				
Consulta externa				
Dermatología				
Ecografía				
Emergencia				
Farmacia				
Gastroenterología				
Ginecología				
Medicina Interna				
Oficial Secretario				
Oncología				
Otorrino				
Pediatría				
Promoción de la Salud				
Traumatología				
Urología				

ANEXO 13

CONSULTA EXTERNA
ATENCIONES POR ESPECIALIDADES

REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Nº	Diagnostico x Especialidades	II Zona IPRESS		Total
		Centro Médico Naval	Policlínico Naval de San Borja	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ANEXO 14

FORMATO DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS POR TRIMESTRE

CANTIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS POR TRIMESTRE EN CADA DEPENDENCIA

AÑO	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			
DEPENDENCIA	PROG		NO PROG	PROG		NO PROG	PROG		NO PROG	PROG		NO PROG	TOTAL
	M	O		M	O		M	O		M	O		
CEMTNA													0
DIHOBACA													0
DICITNAI													0
DIPONAVSAB													0
JEPONAVT													0
ITPONAVAN													0

ANEXO 15

FORMATO DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS VERSUS PROGRAMADAS

CANTIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS AUDITADAS VERSUS PROGRAMADAS POR DEPENDENCIA

AÑO	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		
DEPENDENCIA	AUDITORÍAS		AUDITORÍAS		AUDITORÍAS		AUDITORÍAS		
	PROG	EJECUT	PROG	EJECUT	PROG	EJECUT	PROG	EJECUT	TOTAL
CEMENA									0
DIHOMACA									0
DICLIMAI									0
DIPONAVSAB									0
JEPONAVE									0
JEPONAVAN									0

ANEXO 16

FORMATO DE PORCENTAJE DE APEGO A GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

PORCENTAJE DE APEGO A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR DEPENDENCIA

AÑO	1° TRIM	2° TRIM	3° TRIM	4° TRIM
DEPENDENCIA	PROC. %	PROC. %	PROC. %	PROC. %
GPC 1				
GPC 2				
GPC 3				
GPC 4				
GPC 5				
GPC N				

Nota:
GPC = Guía de Práctica Clínica

ANEXO 17

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

TRIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	TOTAL	% COMPLETO	% INCOMPLETO	TOTAL
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA						
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE						
TIPO DE SEGURO						
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO						
EDAD						
SEXO						
DOMICILIO ACTUAL						
LUGAR DE PROCEDENCIA						
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						
ESTADO CIVIL						
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
OCUPACIÓN						
RELIGIÓN						
TELÉFONO						
ACOMPAÑANTE						
DOMICILIO Y/O TELÉFONO DE LA PERSONA						

ANEXO 18

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

TRIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	TOTAL	% COMPLETO	% INCOMPLETO	TOTAL
FECHA Y HORA DE LA ATENCIÓN						
MOTIVO DE CONSULTA						
TIEMPO DE ENFERMEDAD						
RELATO CRONOLÓGICO DE FUNCIONES BIOLÓGICAS						
ANTECEDENTES						

ANEXO 19

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

TRIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	TOTAL	% COMPLETO	% INCOMPLETO	TOTAL
FUNCIONES VITALES						
PESO / TALLA						
ESTADO GENERAL / ESTADO DE HIDRATACIÓN / ESTADO DE NUTRICIÓN / ESTADO DE CONCIENCIA / PIEL Y ANEXOS						
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL						

ANEXO 20

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

BIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO	COMPLETO	INCOMPLETO	NO EXISTE	% COMPLETO	% INCOMPLETO	% NO EXISTE
PRESUNTIVO COHERENTE						
DEFINITIVO COHERENTE						
USO DE CIE - 10						

ANEXO 2:

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

TRIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	NO EXISTE	% COMPLETO	% INCOMPLETO	% NO EXISTE
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA PERTINENTES						
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES PERTINENTES						
INTERCONSULTAS						
REFERENCIA A OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD						
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PERTINENTES						
FECHA DE PROXIMA CITA						

ANEXO 22

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

TRIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	NO EXISTE	% COMPLETO	% INCOMPLETO	% NO EXISTE
RÉGIMEN HIGIÉNICO DIETÉTICO Y MEDIDAS GENERALES CONCORDANTES PACIENTES						
NOMBRE DE MEDICAMENTOS (DCI)						
CONSIGNA PRESENTACIÓN						
DOSIS DE MEDICAMENTO						
VIA DE ADMINISTRACIÓN						
FRECUENCIA DE MEDICAMENTO						
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO						

ANEXO 23

FORMATO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

DEPENDENCIA

TRIMESTRE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETO	INCOMPLETO	NO EXISTE	% COMPLETO	% INCOMPLETO	% NO EXISTE
SE CUENTA CON FORMATOS DE ATENCIÓN POR LINEAS DE MEA						
PULCRITUD						
LETRA LEGIBLE						
NO USO DE ABREVIATURAS						
SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL TRATANTE						
SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN						

DIFUSIÓN DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

HE LEÍDO EL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA PARA EL PERIODO 2023-2024, DANDO FE DE LO MANIFESTADO CON MI FIRMA.

RELACIÓN DEL PERSONAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN

N°	GRADO	ESPECIALIDAD	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FECHA	FIRMA
01	C. de N.	SN (O)	JAUREGUI Price Becky	Jefe de la Oficina		
02	C. de C.	SN (MC)	ALIAGA Rivera Elizabeth	Jefe División de Auditoría Médica		
03	Tec. Inc.	SN (O)	CAHIZAS Espinoza Sigileth	Jefe de la División de Mejora Continua y Autoevaluación		
04	Lic.	Enf.	SUPU Núñez Juana	Encargada de la División de Atención al Usuario		
05	Lic.	Asist. Soc.	PIZARRO Villegas Nancy	División de Auditoría		
05	Lic.	Enf.	FIERRERO Carmona Judith	Encargada de la División de Seguridad del Paciente		
06	Lic.	Enf.	GOMEZ López Sandra	Encargada de la División de Mejora Continua		

DIRECCIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

2023

HOJA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN: CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA"
NOMBRE: PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD 2023
VERSIÓN: 01
FECHA DE APROBACIÓN: DICIEMBRE 2022

ELABORADO POR:

C. de C. SN (MC) Elizabeth AJACA Rivera Ana María MONTANEZ Mendoza	Jefa de la División de Auditoría Médica Asesora Médica del Centro Médico Naval "CMST"

VALIDACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Rocky JAUREGUI Frías	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "CMST"

VALIDACIÓN EXTERNA:

C. de N. SN (MC) Teresa TALLEDO Córdova	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Centro Médico Naval "CMST"
C. de N. SN (O) Marlon ROSSI Guadalupe	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de la Dirección de Salud de Marina

REVISIÓN POR OFICINA DE ASESORIA LEGAL:

C. de C. CJ Mike CARIAPAZA Palomino	Jefe de la Oficina de Asesoría Legal

APROBADO POR:

Calm. SN (MC) Manuel LAGA Ramírez	Director del Centro Médico Naval "CMST"

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA DE REVISIÓN	VERSIÓN	ITEM / PÁGINA	DESCRIPCIÓN	NOMBRE, FIRMA	
				REVISÓ	APROBÓ

INDICE

I. INTRODUCCION 5
II. DEFINICIONES OPERACIONALES 5
III. FINALIDAD 9
IV. BASE LEGAL 9
V. ALCANCE 12
VI. OBJETIVOS 12
6.1 OBJETIVO GENERAL 12
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 12
VII. ACTIVIDADES 13
VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN 14
IX. COMITES DE AUDITORIA DEL CENTRO MEDICO NAVAL 15
X. ANEXOS 15
ANEXO 1
ACTIVIDADES EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ANTENCIÓN EN SALUD 17
ANEXO 2
TABLA DE ANÁLISIS DE RIESGO 19
ANEXO 3
MATRIZ DE RIESGO DE AUDITORÍA 20

I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Auditoria Médica del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor

I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Auditoría Médica del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" para el año 2023, está formulado siguiendo los lineamientos de DISAMAR y los lineamientos generales promulgados por la Dirección de Calidad de Salud del MINSA que dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad elabora las normas técnicas en auditoría médica de calidad de atención, gestión clínica y auditoría de caso, en un proceso que busca mejorar la calidad de atención del paciente, a través de revisiones sistemáticas documentarias y presenciales considerando criterios explícitos de evaluación y la implementación de cambios a la mejora de los procesos.

Estas revisiones sistemáticas del cuidado del paciente aportan información valiosa para la gestión de las actividades y actualización del conocimiento del recurso humano utilizando los criterios de medicina basada en la evidencia.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud menciona que las instituciones prestadoras de salud deben garantizar que las prestaciones de salud sean brindadas a sus usuarios bajo las condiciones mínimas de garantías explícitas por lo que forman parte del componente de la Gerencia de la calidad del Sistema de Gestión de Calidad, se considera a la auditoría como el proceso sistemático que permite hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada y con ello contribuir a mejorar el ejercicio en la práctica profesional; convirtiéndose así en una herramienta importante para realizar el seguimiento, monitoreo y mejoramiento de los procesos de atención clínica.

El presente documento ha sido elaborado de acuerdo con los lineamientos de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud –NT No. 029-MINSA/DGSP V0.2, que permitirá orientar y monitorizar el trabajo de auditoría.

Contiene en una primera parte los objetivos, la base legal de auditoría, en una segunda sección hace una descripción de las actividades y criterios de selección. Presenta además un cronograma de actividades en donde se mencionan los indicadores que nos permitirán medir el avance en el logro de los objetivos

II. DEFINICIONES OPERACIONALES

a. **Auditoría De La Calidad De La Atención En Salud.** - Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica: La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, la propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de estas. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

b. **Auditoría Interna.** -Tipo de Auditoría realizado por el Comité de Auditoría del establecimiento de salud para una atención que se realizó el mismo.

c. **Auditoría Médica.** - Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

d. **Auditoría En Salud.** -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

e. **Auditoría Programada.** - Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.

f. **Auditoría De Caso.** - Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluido en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que no generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas.

g. de parte atendida o afectada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

h. Auditoria De Gestión Clínica. - Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Esta orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.

i. Acción Correctiva. - Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.

j. Acción Preventiva. - Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.

k. Acto Médico. - Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

l. Calidad De La Atención. - Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad), en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.

m. Causa. - Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

n. Evento Adverso. - Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

o. Evaluación De Calidad De Registro. - Verificación sistemática o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica: incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica

p. Evento Centinela. - Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere intervención o tratamiento o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de algo que está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

q. Evidencia De La Auditoría. - Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrada que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.

r. Guías De Práctica Clínica. - Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud.

s. Hallazgos De Auditoría. - Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.

t. Informe Final De Auditoría. - Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.

u. Plan Anual De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud. - Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento.

v. Riesgo. - Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

w. Historia Clínica (Hc). – Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención

del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.

x. **Recomendaciones.** - Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.

y. **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 de la calidad, y se lleva a cabo mediante la planificación, la garantía y mejoramiento de la calidad.

z. **Sistema de Gestión de la Calidad.** - Es el conjunto de procesos interrelacionados de una organización que usando una metodología ordenada visualizará y gestionará la calidad de los servicios, los cuales son medidos a través de indicadores buscando siempre la mejora continua.

aa. **Historia Clínica (Hc).** - Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.

bb. **Recomendaciones.** - Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.

cc. **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 de la calidad, y se lleva a cabo mediante la planificación, la garantía y mejoramiento de la calidad.

dd. **Sistema de Gestión de la Calidad.** - Es el conjunto de procesos interrelacionados de una organización que usando una metodología ordenada visualizará y gestionará la calidad de los servicios, los cuales son medidos a través de indicadores buscando siempre la mejora continua.

III. FINALIDAD

Promover la mejora de la calidad de la atención que brinda el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", dentro del marco metodológico de la Auditoría de la Calidad de la atención en salud.

IV. BASE LEGAL

4.1 Ley N° 26842- Ley General de Salud.

4.2 Resolución Directoral N° 007-2022 MGP/DISAMAR de fecha 14 de febrero del 2022, que aprueba el "Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en los IPRESS Navales".

4.3 Orden Interna N.° 155-2022 (P) de fecha 14 de setiembre del 2022. Disposiciones para elaboración de Guías de práctica Clínica.

4.4 Orden Interna N.° 145-2022 (P) de fecha 09 de agosto del 2022. Procedimiento para la ejecución de las auditorías de calidad de la atención en salud en el Centro Médico Naval "CMST".

4.5 Ley N° 26842- Ley General de Salud.

4.6 Resolución Directoral N° 007-2022 MGP/DISAMAR de fecha 14 de febrero del 2022, que aprueba el "Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en los IPRESS Navales".

4.7 Orden Interna N.° 155-2022 (P) de fecha 14 de setiembre del 2022. Disposiciones para elaboración de Guías de práctica Clínica.

4.8 Orden Interna N.° 145-2022 (P) de fecha 09 de agosto del 2022. Procedimiento para la ejecución de las auditorías de calidad de la atención en salud en el Centro Médico Naval "CMST".

4.9 Orden Interna N.° 127-2022 (P) de fecha 09 de agosto del 2022. Procedimiento para la ejecución de las auditorías internas y externas según ISO 9001-2015.

4.10 Resolución de Superintendencia N° 058-2022-SUSALUD/S del 04 de agosto 2022, que aprueba la actualización de los Indicadores de Sistema de Gestión de la Calidad.

4.11 Directiva DIPERMAR N° 018-2020 de fecha 20 de noviembre del 2020, que implementa la "Directiva para Gestión y Evaluación de indicadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Marina.

4.12 Orden Externa N° 009-19 (PERMANENTE) DISAMAR de fecha 13 de febrero del 2019, que dispone la supervisión de la Gestión de la calidad en Salud de los establecimientos de salud.

4.13 Resolución Ministerial N° 217-2010/MINSA que aprueba NTS N°139 – MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica"

4.14 Orden Externa 029-18 (PERMANENTE) DISAMAR de fecha 20 setiembre 2018, que aprueba el "procedimiento para la elaboración de los Planes de Gestión de la Calidad, Auditoría de la calidad de atención en salud y de Autoevaluación en los establecimientos de Salud de las Dirección de Salud de la Marina.

4.15 Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA de fecha 15 de julio del 2016, que aprueba la Norma Técnica N° 029-MINSA V.02 de Auditoría de Calidad de Atención en Salud".

4.16 Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA que aprueba "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica".

4.17 Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA que aprueba NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".

4.18 Norma Internacional ISO 9001-2015 de fecha 15 de setiembre del 2015, que aprueba el "Sistemas de Gestión de la Calidad".

4.19 Decreto Supremo 046-2014-PCM de fecha 05 de julio del 2014, que aprueba la Política Nacional para la calidad.

4.20 Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA de fecha 03 de febrero del 2012, que aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".

4.21 Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 mayo 2006, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

4.22 Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA, de fecha 19 de enero del 2005, que aprueba la Directiva N° 019 para el funcionamiento de equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de salud".

4.23 Directiva Administrativa N° 123 MINSA/DGSP V.01 de fecha 23 de octubre del 2003, que aprueba "el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud"

V. ALCANCE

El Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2023 es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".

VI. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la Auditoría de la calidad de la atención en salud en los departamentos, servicios y unidades del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara", mediante el uso de estándares, técnicas y procedimientos establecidos en la normativa.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **OBJETIVO ESPECIFICO N° 1 (OE1):**
- Planificar actividades para implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

- **OBJETIVO ESPECIFICO N° 2 (OE2):**
- Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

- **OBJETIVO ESPECIFICO N° 3 (OE3):**
- Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

- **OBJETIVO ESPECIFICO N° 4 (OE4):**
- Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o procedimientos en los diferentes departamentos, servicios y unidades del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"

- **OBJETIVO ESPECIFICO N° 5 (OE5):**
- Mantener la Matriz de Acciones de Mejora actualizada.

VII. ACTIVIDADES

7.1 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

- **OE1: Planificar actividades para implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud**
  Desarrollar actividades de socialización que involucre y motiven al personal del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" en cuanto a la aplicación de los criterios de calidad establecidos en la Norma técnica.

  Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad 2023
  - Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad 2023, con resolución directoral según normativa.

  - Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad 2023 a las diferentes unidades orgánicas del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".
  - Evaluación del cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad 2023.
  - Reestructuración o ratificación de los comités de auditoría y oficialización mediante Resolución directoral.

- **OE2: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud**
  Fortalecer la auditoría de la calidad de la atención en salud.

  Identificar los servicios que serán auditados en coordinación con los comités de auditoría.
  - Realizar Auditorías de la Calidad de Atención en Salud (ACAS) programadas.
  - Realizar Auditorías de Gestión Clínica programadas.
  - Coordinar con los comités de auditoría para realizar auditorías de caso.

- **OE3: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud**
  Optimizar la información y capacitación en auditoría.

  - Difusión de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
  - Brindar asistencia técnica en auditoría de la calidad en salud para todas las unidades orgánicas del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".
  - Capacitación a los comités de auditoría

- **OE4: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o procedimientos en los diferentes departamentos, servicios y unidades del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".**
  Establecer procesos para la difusión, implementación y evaluación de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y/o procedimientos asistenciales.

- Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 5 años).
  Realizar reuniones de coordinación, sensibilización y promoción del uso y actualización de las Guías de Práctica Clínica y Procedimientos asistenciales.
- Medir la adherencia de las Guías de Práctica Clínica de las patologías prevalentes en los departamentos, servicios y unidades del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".
  Asesorar en la formulación de documentos técnicos: Guías de Práctica Clínica, Guías de procedimientos, lista de verificación y consentimientos informados.

- **OES: Mantener la Matriz de Acciones de Mejora actualizada.**
  Fortalecer el seguimiento de las auditorías de la calidad de la atención en salud.

- Generar bases de datos de las recomendaciones emitidas en las auditorías.
- Supervisar y monitorear el cumplimiento de las acciones de mejora resultantes de las auditorías.

VIII CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Las auditorías programadas pueden realizarse, entre otro ante:
Estancia prolongada: hospitalización más de 20 días.
- Re-intervenciones quirúrgicas.
- Operaciones de cesáreas primarias.
  Evaluación del cumplimiento de Funciones Obstétricas Neonatales (FON).

Las auditorías de caso deben realizarse, entre otro ante:
- Casos de mortalidad materno – perinatal.
  Eventos adversos moderados y con inola.

IX. COMITES DE AUDITORIA DEL CENTRO MEDICO NAVAL "CMST"

9.1 COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA

Está constituido por profesionales médicos del establecimiento de salud, responsables de ejecutar las Auditorías Médicas contenidas en el Plan Anual de Auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la

Calidad y Humanización de los Servicios de Salud. El Comité de Auditoría Médica No depende de ningún departamento o servicio asistencial.

Perfil del Comité:

Presidente	Nombrados mediante Resolución Directoral.
Secretario	
Vocal	
Vocal	
Vocal	

9.2 COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD

Está constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud, responsables de ejecutar las Auditorías en Salud contenidas en el Plan Anual de Auditoría en coordinación con la Oficina de Calidad y Atención al Usuario. No depende de ningún departamento o servicio asistencial.

Perfil del Comité:

Presidente	Nombrados mediante Resolución Directoral.
Secretario	
Vocal	
Vocal	
Vocal	

X. ANEXOS

1) ANEXO Nº 1: ACTIVIDADES EN AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD
2) ANEXO Nº 2: TABLAS DE ANALISIS DE RIESGO
3) ANEXO Nº 3: MATRIZ DE RIESGO DE AUDITORIA 2023

DIFUSIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD AÑO 2023

HE LEÍDO EL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD AÑO 2023, DANDO FE DE LO MANIFESTADO CON MI FIRMA.

RELACIÓN DEL PERSONAL DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Nº	GRADO	ESP.	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	FECHA	FIRMA
1	C. de N.	SN (C)	Becky LAUREGUI [illegible]	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de la Salud		
2	C. de F.	SN (C)	Marian [illegible] Guadalupe	Jefe de la División de Atención al Usuario		
3	C. de C.	SN (MC)	Elizabeth ALIAGA Rivera	Jefe de la División de Auditoría y Jefe de la División de Seguridad del Paciente		
4	Tte. F.	SN (C)	Elgitam CASTRAS Espinoza	Jefe de la División de Mejora Continua y Jefe de la División de Autoevaluación		
5	Lic. Enf.	EC	Juana SIHEU	Jefa de Proceso de Satisfacción al Usuario		
6	Lic. Enf.	EC	Judith BERRO Camarena	Jefa de Proceso de Seguridad del Paciente		
7	Lic. Enf.	EC	Sandra GÓMEZ López	Jefe de Proceso de Mejora Continua		

ANEXO N° 1

ACTIVIDADES EN AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META ANUAL	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable
DES	[illegible]	[illegible]	Acta Programada	Resolución Directoral realizada x 100 / Resolución Directoral programada	1													[illegible]
		[illegible]	Resolución Directoral		1													[illegible]
		[illegible]	Memorandum	Documento Dirección realizado x 100 / Documento Dirección Programado	[illegible]													[illegible]
		[illegible]	Acta	Informe Trimestral realizado x 100 / Informe Trimestral Programado	[illegible]													[illegible]
		[illegible]	Resolución Directoral	Resolución Directoral realizada x 100 / Resolución Directoral programada	1													[illegible]
		[illegible]	Acta	Acta realizada x 100 / Acta Programada	[illegible]													[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Informe de Auditoría	Informe Auditoría Calidad realizado x 100 / Informe Auditoría Calidad Programado	4													[illegible]
		[illegible]	Informe de Auditoría	Informe Auditoría Decisión Clínica realizado x 100 / Informe Auditoría de Decisión Clínica Programada	[illegible]													[illegible]
		[illegible]	Informe de Auditoría	Informe Auditoría de Datos realizado x 100 / Informe Auditoría de Datos Programada	2													[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Memorandum	Documento Dirección realizado x 100 / Documento Dirección Programado	[illegible]													[illegible]
		[illegible]	Acta	Acta realizada x 100 / Acta Programada	[illegible]													[illegible]
		[illegible]	Acta	Acta realizada x 100 / Acta Programada	[illegible]													[illegible]

ACTIVIDADES EN AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

DEF	Promoción de Cultura Práctica Clínica de procedimientos en los diferentes departamentos, servicios y unidades del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".	[illegible]	[illegible]	Documento Directivo [illegible] Documento Oficial Programado	[illegible]												[illegible]
		Realizar reuniones de coordinación, sensibilización y promoción del uso y actualización de las Guías de Práctica Clínica y Procedimientos Administrativos	Acta	Acta [illegible] Acta Programada	1												[illegible]
		Hacer la adherencia de las Guías de Práctica Clínica de las patologías prioritarias [illegible]	Informe de Adherencia	Informe Adherencia [illegible] Informe Adherencia Programado	2												[illegible]
		[illegible]	Acta	Acta [illegible] Acta Programada	[illegible]												[illegible]
DEF	Mantenerlo Mantener Acciones de Mejora [illegible]	Cerrar bases de [illegible] recomendaciones [illegible]	Informe	[illegible] Informe Programado	[illegible]												[illegible]
		[illegible]	[illegible]	Mapa de Acción Mejora [illegible] Mapa de Acción Mejora [illegible]	[illegible]												[illegible]

ANEXO N° 2

TABLAS DE ANÁLISIS DE RIESGO

PROBABILIDAD		CONSECUENCIAS				
		Muy Bajo 1	Bajo 2	Moderado 3	Alto 4	Muy Alto 5
Raro	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Improbable	2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	10
Posible	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	12	15
Probable	4	[illegible]	[illegible]	12	16	19
Casi seguro	5	[illegible]	10	15	[illegible]	[illegible]

RIESGO INHERENTE		SIGNIFICADO
[illegible]		Seguimiento a través de inspecciones de rutina. Considerar la implementación de controles adicionales
2: Aceptable con restricción	AR	Identificar y poner en práctica las medidas de control para disminuir el impacto. Mejorar controles existentes o implementar nuevos controles. Acciones para prevenir o reducir el impacto/riesgo
[illegible]		Acciones inmediatas para la prevención, corrección o reducción del impacto. Determinar e implementar las medidas de control o tomar para disminuir el riesgo. Monitoreo y/o verificación de las actividades de la organización. Revisión de las acciones / operaciones involucradas.

ANEXO N° 3
MATRIZ DE RIESGO DE AUDITORIA 2023

	ESTABLECIMIENTO DE CONTEXTO				IDENTIFICACIÓN			EVALUACIÓN INICIAL			[illegible]	
N°	Proceso Estratégico Parte Interesada	Sub-proceso Estratégico(2n) Parte Interesada(2n)	Actividad Descripción	Puntos de Trabajo Afectados	QUE PUEDE SUCEDER Suceso Peligro	QUE SE OCASIONA SI SUCEDE Riesgo Negativo (Amenaza) Riesgo Positivo (Oportunidad)	QUE IMPACTO SE GENERA SI SUCEDE Impacto Consecuencia	Impacto	Probabilidad	Nivel de Riesgo	[illegible]	[illegible]
[illegible]	Planificar	División de Auditoría	Facilitar Lineamientos	Jefe de División de Auditoría	No recibir los lineamientos que se necesitan para la ejecución de la tarea de tamaño	Incumplimiento de la planificación de la tarea de tamaño	Incumplimiento de responsabilidades de procesos	[illegible]	[illegible]		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	[illegible]
[illegible]	Planificar	División de Auditoría	Ejecución de Plan de Gestión de Calidad	Jefe de División de Auditoría	Incumplimiento de la Gestión en el plan de gestión que no cumple con lineamientos	Incumplimiento de los programas de actividades	No recibir con [illegible]	[illegible]	[illegible]		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	[illegible]
[illegible]	Planificar	División de Auditoría	Ejecución Plan Anual	Jefe de División de Auditoría	Ejecución del Plan Anual de Tamaño	Ejecución de los Mandatos y programas	Actividades en el plan de control, incumplimiento de procedimiento de [illegible]	[illegible]	[illegible]		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	[illegible]
[illegible]	Planificar	División de Auditoría	Validación Interna y Externa	Jefe de División de Auditoría	Validación de documentos personal [illegible]	Plan de Gestión de Calidad	PNC	[illegible]	[illegible]		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	[illegible]
[illegible]	Planificar	División de Auditoría	Ejecución de Plan de Gestión	Jefe de División de Auditoría	Incumplimiento de la Ejecución del Plan	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	[illegible]
[illegible]	Planificar	División de Auditoría	Ejecución Plan Anual	[illegible]	No recibir el Plan Anual en el plazo de tiempo	Incumplimiento legal normativo	PNC	[illegible]	[illegible]		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	[illegible]

MATRIZ DE RIESGO DE AUDITORIA 2023

Evaluación del contexto																
Proceso Estratégico Apoyo Misional	Sub-proceso Estratégico (2n) Apoyo Misional (2n)	Actividad Investigación	Problema Trabajo Asociado	Que puede suceder (Situación Actual)	Jerarquización											
					Que puede suceder (Riesgo Negativo/Amenaza; Riesgo Positivo (Oportunidad))											
Ejecutor	Director de Auditoría	Ejecutor Administrativo	Jefe de Departamento de Auditoría	No cuenta con el presupuesto para actividades	Falta de compromiso con la información	Actividades del auditor no completamente [illegible]	4	2		RIESGO NEGATIVO ADMINISTRATIVO	[illegible]					
Ejecutor	Director de Auditoría	Jefe de Actividades	Jefe de Unidad de Auditoría	Falta de compromiso de equipo de trabajo	Desmotivación [illegible]	No cuenta con [illegible] Asignación de [illegible]	4	2		RIESGO NEGATIVO ADMINISTRATIVO	[illegible]					
Jefe	Director de Auditoría	Ejecutor Administrativo	Jefe de Departamento de Auditoría	La [illegible] no se [illegible] las actividades	Falta de compromiso de [illegible]	Actividades [illegible]	4	2		RIESGO NEGATIVO ADMINISTRATIVO	[illegible]					
Ejecutor	Director de Auditoría	Ejecutor Administrativo	Jefe de Unidad de Auditoría	Informe de [illegible]	Ausencia de [illegible]	Ausencia de [illegible]	4	2		RIESGO NEGATIVO ADMINISTRATIVO	[illegible]					
Ejecutor	Director de Auditoría	Jefe de Administración	Jefe de Departamento de Auditoría	Falta de [illegible]	Ausencia de [illegible]	Ausencia de [illegible]				RIESGO NEGATIVO ADMINISTRATIVO	[illegible]					
Ejecutor	Director de Auditoría	Ejecutor Administrativo de Seguimiento	Jefe de Unidad de Auditoría [illegible] Centrales	Ausencia de seguimiento de los hallazgos	Ausencia de [illegible]	Desconocimiento de hallazgos [illegible]	1	2		RIESGO NEGATIVO ADMINISTRATIVO	[illegible]					

DIRECCIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL
"CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN

2023

HOJA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN: Centro Médico Naval "CMST"

NOMBRE: Plan de Proceso de Autoevaluación

VERSIÓN: 0

FECHA DE ELABORACIÓN: DICIEMBRE 2022

ELABORARON EL DOCUMENTO:

Tte.1 SN(O) Sigrieth Gladys CABEZAS Espinoza

Jefe de la División de Autoevaluación

VALIDACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Becky LAURI GUI Price

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización en los Servicios de Salud

VALIDACIÓN EXTERNA:

C. de N. SN (MC) Roxanna TALLEDO Córdova

Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Centro Médico Naval "CMST"

REVISIÓN POR ASESORÍA LEGAL:

C. de C. CJ. Mike CARIAPAZA Palomino

Jefe de la Oficina de Asesoría Legal

APROBADO POR:

Calm. SN (MC) Manuel LACA Sarrera

Director del Centro Médico Naval "C.M.S.T."

INDICE:

		Pág
1.	Introducción	4
2.	Justificación	5
3.	Objetivo	5
4.	Alcance	5
5.	Base legal	5
6.	Metodología de evaluación	6
7	Cronograma de actividades para la autoevaluación	7
8.	Anexos	
	ANEXO 1: Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación	10
	ANEXO 2: Hoja de Recomendaciones	11
	ANEXO 3: Esquema de elaboración de Informe Técnico	12
	ANEXO 4: Tabla de análisis de riesgo	13
	ANEXO 5: Matriz de riesgo de Autoevaluación	14

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de los lineamientos establecidos para los procesos de acreditación de los establecimientos de salud a nivel nacional, con Resolución Ministerial N° 756-2007/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" mediante la cual se establece el Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría I – a II-1 y Servicios Médicos de Apoyo de la NTS 050-MINSA/DGSP-V02.

La Acreditación es un proceso por el cual, los establecimientos de salud, según su categorización y los niveles de complejidad serán evaluados respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con los requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, mediante un proceso de dos fases: Autoevaluación por parte de cada establecimiento de salud y Evaluación externa efectuada por parte del Ministerio de Salud.

Este proceso de Autoevaluación fue reglamentado mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, la cual aprobó la "Guía Técnica del evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", donde se uniformizan los procedimientos para la autoevaluación y la evaluación externa.

En este contexto, la Dirección del Centro Médico Naval, en conjunto con la Oficina de Gestión de la Calidad, la División de Autoevaluación y Equipo de Autoevaluadores Internos, han elaborado el presente "Plan de Acción de Autoevaluación del Centro Médico Naval "CMST" – 2023", en el marco de los lineamientos aprobados mediante las resoluciones antes mencionadas; mediante el cual se establece un cronograma de acciones a desarrollar por la División de Autoevaluación y un equipo multidisciplinario de evaluadores internos conformado por profesionales de la salud multidisciplinario, quienes tendrán la responsabilidad de evaluar, analizar, otorgar puntaje y recomendar sobre los criterios considerados en el Listado de Estándares de acreditación de acuerdo a la categoría III-1.

II. JUSTIFICACIÓN:

Garantizar a los usuarios externos y al sistema de salud que los prestadores cuenten con capacidades para brindar una atención de salud con calidad.

III. OBJETIVO

Evaluar las capacidades para brindar prestaciones de salud de calidad en base al cumplimiento de los estándares de acreditación e identificar las fortalezas y áreas susceptibles de mejora del Centro Médico Naval "CMST" contribuyendo a una cultura de calidad.

IV. ALCANCE

El presente Plan de Autoevaluación 2023 es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Centro Médico Naval "CMST".

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los Establecimientos de Salud dar atención médica en caso de emergencias y partos.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Como anexo: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con categoría II-1 y Servicios Médicos de Apoyo (aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007-MINSA).
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Orden Interna N° 228 – 21 (Transitoria) de fecha 29 de setiembre 2021 "Nombramiento de los responsables de los Macro Procesos de Autoevaluación año 2021 del Centro Médico Naval.

VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

El equipo de evaluadores internos del Centro Médico Naval "CMST" utilizará diversas técnicas, tales como:

- Verificación / Revisión de documentos
- Observación directa de los procesos
- Entrevistas
  Muestreo
- Encuestas
  Auditorías de registros médicos

El instrumento que se empleará durante la autoevaluación será el listado de Estándares de Acreditación el cual contiene los Estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación que consta de 22 macro procesos. De los cuales sólo se evaluarán 20 macroprocesos debido a la naturaleza de la institución. Dentro de los 20 macroprocesos evaluados hay criterios que sólo aplican a pólizas MINSA por lo que tampoco se tomarán en consideración.

La metodología de trabajo del día a día de la ejecución de Autoevaluación será la siguiente:

- Visita de instalaciones por el equipo evaluador.
- Desarrollo de las técnicas de evaluación.
  La evaluación tendrá en cuenta: existencia, condiciones, características, estado y otros aspectos de estándar.
- Diariamente se deberá llenar la Hoja de Registro de Datos para Autoevaluación.
- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto con el resto de evaluadores internos.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo del evaluador líder y de equipo de autoevaluación.
- La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Se realizará la reunión de cierre en el cual el equipo de autoevaluación hará la presentación de los resultados ante autoridades del Centro Médico Naval "CMST".
  El equipo de evaluadores hará seguimiento de la aplicación de las recomendaciones.

VII.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

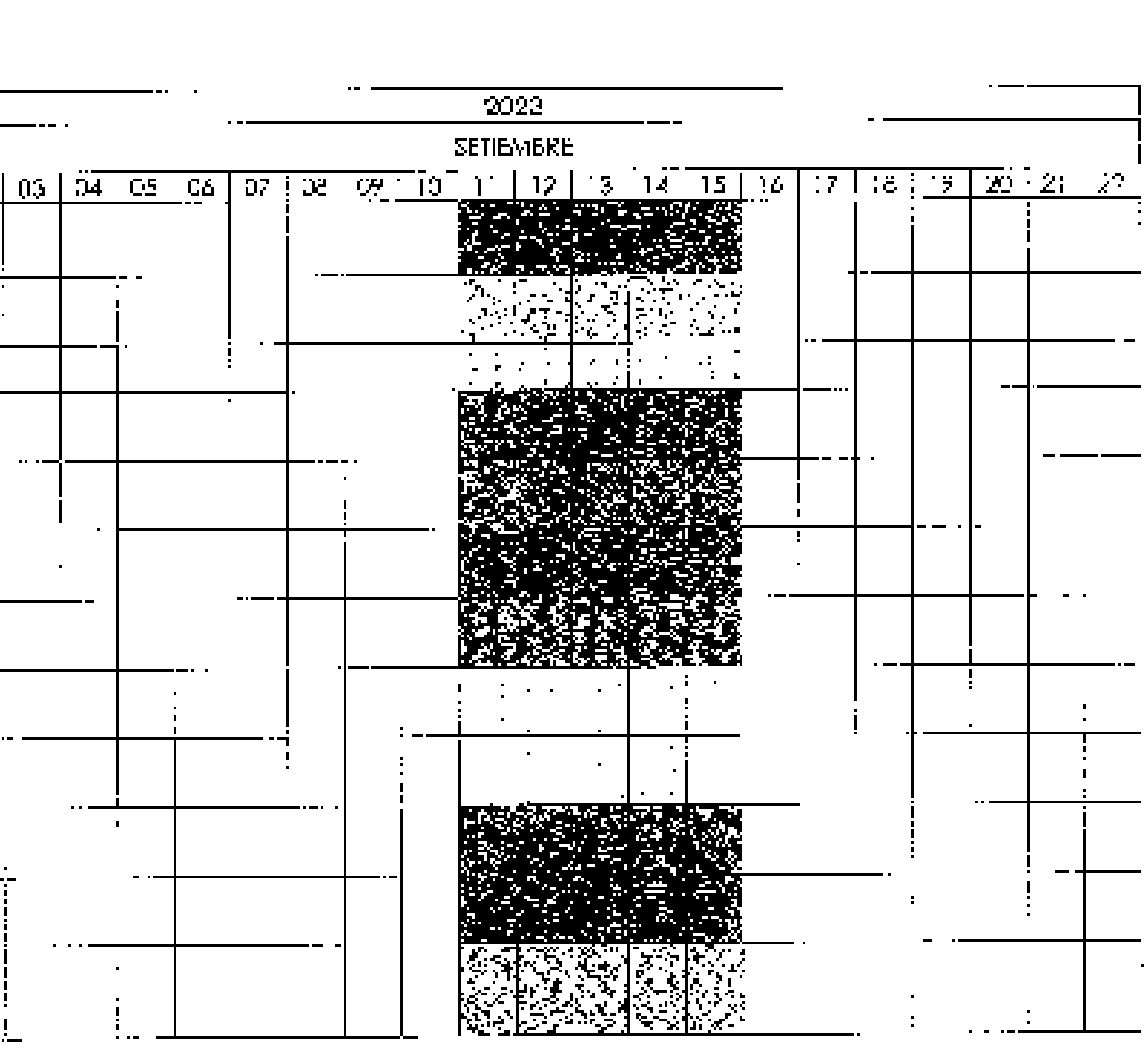
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: DESARROLLAR LA FASE DE AUTOEVALUACIÓN PARA LOGRAR LA ACREDITACIÓN

N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD M.	MEÑA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Elaborar y aprobar el plan de autoevaluación AEP	Elaborar el plan	Plan	1											X	
		Gestionar aprobación del plan	Resolución Directoral	1											X	
2	Nombramiento de comité de autoevaluadores	Orden interna	Orden interna	1		X										
3	Capacitar a los integrantes del comité de autoevaluación y del equipo de autoevaluadores.	Nombramiento/Documento	Lista de asistencia	6					X			X				
4	Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en la autoevaluación parcial mediante la matriz de aspectos críticos y seguimiento de acciones de mejora	Monitoreo	Matriz	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Comunicar el inicio del proceso de autoevaluación (DIRESS/DISAMAR y DIRESA)	Elaborar Documento	Oficio y Memorándum	1								X				
6	Declarar el proceso de autoevaluación	Elaborar Documento	Formato de declaración de valor	1									X			
7	Realizar el informe técnico de la autoevaluación, y elevarlo a DIRESS/DISAMAR y DIRESA.	Elaborar Documento	Informe	1										X		
8	Realizar la difusión de alcance y socialización en los resultados del proceso de autoevaluación.	Elaborar documento	Acta de Reunión	1											X	
9	Remitir a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud (OGCHS) el informe trimestral sobre los avances en la ejecución del plan.	Elaborar informe	Informe	4			X			X			X			X

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL "CMST"

Objetivo	REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL
Responsable	EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

N°	CÓDIGO	MACROPROCESO / NOMBRE	EQUIPO N°	RESPONSABLE
1	DIR	DIRECCIONAMIENTO	1	Líder de Equipo N° 1
2	GRH	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	2	Líder de Equipo N° 2
3	GCA	GESTIÓN DE LA CALIDAD	6	Líder de Equipo N° 3
4	MRA	MANEJO DEL RIESGO DE LA ATENCIÓN	4	Líder de Equipo N° 4
5	GSD	GESTIÓN DE SEGURIDAD ANTE DESASTRES	5	Líder de Equipo N° 5
6	CGP	CONTROL DE LA GESTIÓN Y PRESTACIÓN		Líder de Equipo N° 1
7	ATA	ATENCIÓN AMBULATORIA	2	Líder de Equipo N° 2
8	ATH	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN	3	Líder de Equipo N° 3
9	EMG	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	5	Líder de Equipo N° 5
10	ATQ	ATENCIÓN QUIRÚRGICA	6	Líder de Equipo N° 6
11	DIV	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	1	Líder de Equipo N° 1
12	AD	ATENCIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	2	Líder de Equipo N° 2



PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL "CMST"

Versión	01
Fecha	noviembre 2022
Página	1 - 2

Objetivo: REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NAVAL

Elaborado por: EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

MACROPROCESO			EQUIPO Nº	RESPONSABLE
	CÓDIGO	NOMBRE		
8	ADA	ADMISIÓN Y ALTA	3	Líder de Equipo Nº 3
14	RCR	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2	Líder de Equipo Nº 2
13	GMD	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	5	Líder de Equipo Nº 5
16	GIN	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	1	Líder de Equipo Nº 1
17	OLDL	DESCONTAMINACIÓN, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN, ESTERILIZACIÓN	2	Líder de Equipo Nº 2
18	NYD	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1	Líder de Equipo Nº 1
19	GIM	GESTIÓN DE INSUMOS Y MATERIALES	5	Líder de Equipo Nº 5
20	BF	GESTIÓN DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA	1	Líder de Equipo Nº 1
21		REUNIÓN DE EQUIPOS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES PARCIALES	Equipo de Autoevaluación	
22		INFORME FINAL	Equipo de Autoevaluación	

2023

SETIEMBRE

12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

A partir de la quincena de Octubre por necesidades de los servicios

Anexo 1

HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DE SALUD :
MACROPROCESO :
EVALUADOR(ES) :
FECHA :
SERVICIOS EVALUADOS :
PARTICIPANTES DE LA EVALUACIÓN :
Código del Estándar :

CÓDIGO DE CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	FUENTE AUDITABLE	TÉCNICA UTILIZADA	SUSTENTO DEL PUNTAJE / COMENTARIOS

Anexo 2

HOJA DE RECOMENDACIONES

EVALUADOR(ES) : _____
FECHA : _____
SERVICIOS EVALUADOS : _____

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

Anexo 3

ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME TÉCNICO

1. PRESENTACIÓN
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
5. EQUIPO EVALUADOR
6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN
7. OBSERVACIONES
8. PUNTAJE ALCANZADO
9. RECOMENDACIONES
10. ANEXOS

Anexo 4
TABLAS DE ANÁLISIS DE RIESGO

PROBABILIDAD		CONSECUENCIAS				
		Muy Bajo 1	Bajo 2	Moderado 3	Alto 4	Muy Alto 5
Raro	1					
Improbable	2					10
Posible	3				12	15
Probable	4			12	16	15
Casi seguro	5		10	15		

RIESGO INHERENTE		SIGNIFICADO
1: Bajo Aceptable		Seguimiento a través de inspecciones de rutina. Considerar la implementación de controles adicionales.
2: Aceptable con restricción		Identificar y poner en práctica las medidas de control para disminuir el impacto. Mejorar controles existentes o implementar nuevos controles. Acciones para prevenir o reducir el impacto/riesgo.
		Acciones inmediatas para la prevención, contención o reducción de impacto. Determinar e implementar las medidas de control a tomar para disminuir el riesgo. Monitoreo y/o verificación de las actividades de la organización. Revisión de las condiciones / operaciones inseguras.

Anexo 5

MATRIZ DE RIESGO DE AUTOEVALUACIÓN

ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO						DENTIFICACIÓN		EVALUACIÓN INICIAL			TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS	
N°	Proceso Estratégico Parte Interesada	Sub proceso Formación (Dr. Pone Interesado(n))	Actividad Desafiante	Puntos de Mejora Afectados	QUE PUEDE SUCEDER Situación Peligro	QUE SE OCASIONA SI SUCEDE Riesgo Negativo Oportunidad Riesgo Positivo Oportunidad	QUE IMPACTO SE GENERA SI SUCEDE Impacto Consecuencia	Impacto	Probabilidad	Nivel de Riesgo	Estrategia de Riesgo Negativo (Evitar, Reducir, Mejorar, Compartir y Aceptar) Oportunidad de Riesgo Positivo (Aceptar, Mejorar, Compartir y Aceptar)	
1	Gestión de la Dirección	Seguimiento y Control	Autoevaluación	Equipo de Autoevaluación	No cumplir con el Plan de Autoevaluación	No tomar conocimiento de la Autoevaluación del proceso de Autoevaluación	Proceso de Autoevaluación Inadecuado Hallazgos de Calidad	4	2		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	Procedimiento de Autoevaluación Plan de Autoevaluación Programa de capacitación
2	Gestión de la Dirección	Seguimiento y Control	Autoevaluación	Equipo de Autoevaluación	Falta de seguimiento de cantidad de metros	No alcanzar el puntaje aprobatorio (8/20) para calificar la evaluación externa	Pérdida de cantidad de la Gestión de Calidad	4	4		RIESGO NEGATIVO ACEPTAR	Procedimiento de Autoevaluación Plan de Autoevaluación