RESOLUCIÓN DIRECTORAL
Nº R.D. 011-2024 MGP/DISAMAR
FOLIO 24 - 25.

19 NOV 2024

"ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL"

Teniente Primero
Jefe de la Secretaría de la
Dirección de Salud de la Marina
Roger GONZALES Hernandez
00037709

Resolución Directoral

Visto el memorándum Nº 182 del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, de fecha 18 de noviembre del 2024, mediante el cual remite UN (1) Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud y UN (1) Plan de Acreditación;

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, con Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". 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 "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" está definido 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, con Resolución Directoral Nº 001-2023 MGP/DISAMAR, de fecha 11 de enero del 2023, se aprobó el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2023-2024, mediante el cual se detalla la Política de Gestión de Calidad, objetivos generales y específicos de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina;

Que, mediante Acta de Reunión Nº 010-024, de fecha 31 de octubre del 2024, el Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y los responsables de cada proceso; elaboraron y aprobaron el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2025 y el Plan de Acreditación 2025;

Estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, y la aprobación de la Oficina de Planeamiento y Normativa, y visado por el Jefe de la Oficina de Asesoría Legal de esta Dirección;

RESOLUCIÓN DIRECTORAL
Nº R.D.011-2024 MGP/DISAMAR
FOLIO .....25.....

"ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Teniente Primero
Jefe de la Secretaría de la
Dirección de Salud de la Marina
Roger GONZALES Hernandez
00037709

19 NOV 2024

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2025 y el Plan de Acreditación 2025; que como anexos forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- El Comando de la Unidad o Dependencia con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Navales, serán los responsables de la implementación, difusión y monitoreo del citado Plan; así como, del cumplimiento de los lineamientos establecidos para lá Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Institución.

Artículo 3°.- La Dirección de Salud de la Marina, a través de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, supervisará el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en los mencionados Planes.

Artículo 4°.- La Oficina de Relaciones Públicas procederá a publicar la presente Resolución con los anexos respectivos, en la página web de la Dirección de Salud de la Marina.

Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Oscar OLIVA Angulo
Contralmirante
Director de Salud de la Marina

DISTRIBUCIÓN:
Copia: DICEMENA (c/a.)
DIHOBACA (c/a.)
DICLINAI (c/a.)
DIPONAVSAB (c/a.)
JEPONAVE (c/a.)
JEPONAVAN (c/a.)
JEF.OFIC.GEST.CAL. (c/a.)
JEF.OFIC.REL.PÚB. (c/a.)
Archivo.

DIRECCIÓN SALUD DE LA MARINA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

2025

HOJA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN: **DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA**
NOMBRE: **PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD 2025**
VERSIÓN: **01**
FECHA DE APROBACIÓN: **NOVIEMBRE 2024**

ELABORADO POR:

Tte.1ro SN(MC) Arlene JIMENEZ Pómez	Encargada de la División de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
Licenciada en Enfermería	Encargada Alterna de la División de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

VALIDADACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Marian ROSSI Guadalupe	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de la Dirección de Salud de la Marina

VALIDACIÓN EXTERNA:

C. de N. SN(O) Manuel LARRÚ Gálvez	Jefe de la Oficina de Planeamiento y Normativa de la Dirección de Salud de la Marina
C. de C. (CJ) José Luis HERRERA Merel	Jefe de la Oficina de Asesoría Legal de la Dirección de Salud de la Marina

APROBADO POR:

Contralmirante Oscar Iván OLIVA Angulo	Director de Salud de la Marina

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 3

II. DEFINICIONES OPERACIONALES 4

III. FINALIDAD 7

IV. BASE LEGAL 8

V. ALCANCE 9

VI. OBJETIVOS 9

OBJETIVO GENERAL 9

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 9

VII. ACTIVIDADES 9

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN 11

IX. COMITES DE AUDITORIA DEL CENTRO MEDICO NAVAL "CMST" 11

X. ANEXOS: 12

ANEXO (1) 12

ANEXO (2) 13

I. INTRODUCCIÓN

El Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, está formulado por la Dirección de Salud de la Marina 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.

El presente plan de auditoria de la calidad de la atención en salud tiene como propósito evaluar y mejorar continuamente los servicios de salud ofrecidos, asegurando que cumplan con los estándares establecidos para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y cumplir con la normativa vigente. La auditoría no es punitiva, al evaluar los procesos busca detectar fallas para fomentar una cultura de mejora continua, donde las profesiones de salud se involucren a optimizar atenciones de salud de calidad.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud menciona que las instituciones prestadoras de salud tienen como responsabilidad garantizar que las prestaciones de salud brindadas a sus usuarios sean bajo el cumplimiento de normas de calidad con el fin de garantizar servicios eficientes y accesibles para todos los ciudadanos; 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.

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 realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento de salud para una atención que se realizó allí 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 incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha 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 de parte afectada o interesada. 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.

g. **Auditoría De Gestión Clínica. -** 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. 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. Está 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.

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

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

j. **Acto Médico. -** Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que se realizan en la atención integral de pacientes y aquellos que se deriven directamente de éstos.

k. **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 (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.

l. **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.

m. **Evaluación De Calidad Del Registro. -** Verificación seriada 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 Auditoria de Gestión Clínica.

n. **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 tratamiento permanente 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 que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

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

p. **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 a la salud.

q. **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.

r. **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.

s. **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.

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

u. **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.

v. **Recomendaciones.** - Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones de mejora para 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.

w. **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.

x. **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.

y. **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.

z. **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.

III. FINALIDAD

Promover la mejora de la calidad de la atención que brindan todas las Instituciones Prestadores de Salud de la Marina de Guerra del Perú, dentro del marco metodológico de la Auditoria de la Calidad de la atención en salud.

IV. BASE LEGAL

1.1 Ley N° 26842- Ley General de Salud.

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

1.3 Directiva DIPERMAR N° 024-2024 de fecha 28 de agosto del 2024, que implementa la "Directiva para Gestión y Evaluación de Indicadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Marina.

1.4 Orden Externa N° 039-19 (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.

1.5 Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba NTS N°139 – MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica"

1.6 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.

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

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

1.9 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".

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

1.11 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".

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

1.13 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".

1.14 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 2025 es de aplicación obligatoria en todas las Instituciones Prestadoras de Salud de la Marina Guerra del Perú.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la Auditoría de la calidad de la atención en salud en todas las IPRESS de la Marina de Guerra del Perú, mediante el uso de estándares, técnicas y procedimientos establecidos en la normativa.

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 Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.

OBJETIVO ESPECIFICO N° 3 (OE3):
Fortalecer las competencias en Auditoria 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 Instituciones Prestadoras de Servicio de la Marina de Guerra del Perú.

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

VII. ACTIVIDADES

1.15 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 de las Instituciones Prestadoras de Salud de la Marina de Guerra, en cuanto a la aplicación de los criterios de calidad establecidos en la Norma Técnica.

- Elaboración y aprobación del Plan de Auditoria de la Calidad 2025, con resolución directoral según normativa.
- Difusión del Plan de Auditoria de la Calidad 2025 a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud de la Marina de Guerra.
- Evaluación del cumplimiento del Plan de Auditoria de la Calidad 2025.
- Reestructuración o ratificación de los comités de auditoría y oficialización mediante Resolución directoral.

OE2: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoria 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.

OE3: Fortalecer las competencias en Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.

- Difusión de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Brindar asistencia técnica en auditoría de la calidad en salud en las Instituciones Prestadoras de Salud de la Marina de Guerra.
- Capacitación a los comités de auditoría

OE4: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o procedimientos en los diferentes.

- Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 5 años).
- Establecer procesos para la difusión, implementación y evaluación de la aplicación de las Guías de Práctica Clínica y/o procedimientos asistenciales.
- 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 las Instituciones Prestadoras de Salud de la Marina de Guerra.

- Asesorar en la formulación de documentos técnicos: Guías de Práctica Clínica, Guías de procedimientos, lista de verificación y consentimientos informados.

OE5: Mantener la Matriz de Acciones de Mejora actualizada.
- Generar bases de datos de las recomendaciones emitidas en las auditorias.
- Fortalecer el seguimiento de las auditorias de la calidad de la atención en salud
- Supervisar y monitorear el cumplimiento de las acciones de mejora resultantes de las auditorias.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Las Instituciones Prestadoras de Salud de la Marina Guerra del Perú, deberán reportar trimestralmente la información referida a las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a la Dirección de Salud de la Marina.

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

1.16 COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA

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	

1.17 COMITÉ DE AUDITORÍA 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:

a. Cronograma del Proceso de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud
b. Esquema para elaborar el consolidado trimestral de auditorías de calidad

DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA	PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2025	CODIGO: PSGCS-DSM-OGCHS-PSGCS
		VERSIÓN: 01
		FECHA: AGOSTO 2024

ANEXO (1)
CRONOGRAMA DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

OBJETIVO ESPECÍFICO 3:	CONTRIBUIR A MEJORAR LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LAS AUDITORÍAS EN SALUD														
N°	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Elaborar y gestionar la aprobación del plan de auditoría para el siguiente periodo anual	Elaborar el Plan , Aprobar el Plan	Plan , Resolución Directoral	1											X	
2	Realizar Auditorías en las UPSS: emergencia/urgencias, hospitalización y consulta externa (medicina y odontología)	Auditoría de la calidad en atención de salud en FILIACIÓN	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Auditoría de la calidad en atención de salud en ANAMNESIS	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Auditoría de la calidad en atención de salud en EXAMEN CLÍNICO	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Auditoría de la calidad en atención de salud en DIAGNÓSTICO	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Auditoría de la calidad en atención de salud en PLAN DE TRABAJO	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Auditoría de la calidad en atención de salud en TRATAMIENTO	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Auditoría de la calidad en atención de salud en ATRIBUTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Realizar informe del avance en la ejecución del proceso de auditoría de calidad	Elaborar informe trimestral	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Difundir y socializar las guías de práctica clínica	Gestionar charlas	Informe / Lista de asistencia	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en las auditorías	Consolida las matrices y supervisa las acciones de mejora	Matriz	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ANEXO (2)

ESQUEMA PARA ELABORAR EL CONSOLIDADO TRIMESTRAL DE AUDITORÍAS DE CALIDAD

I. Antecedentes

II. Base legal

III. Alcance

IV. Análisis

4.1 Etapa de planificación

4.2 Etapa de ejecución
4.3
4.4 Resultados
4.4.1 Tablas y Gráficos (con interpretación)

V. Conclusiones

VI. Recomendaciones

DIRECCIÓN DE SALUD DE MARINA

PLAN DE ACREDITACIÓN

2025



HOJA DE ACREDITACIÓN

INSTITUCIÓN: Dirección de Salud de la Marina

NOMBRE: Plan de la División de Acreditación

VERSIÓN: 01

FECHA DE ELABORACIÓN: AGOSTO 2024

ELABORARON EL DOCUMENTO:

Lic.Enf. Patricia SALADARRIAGA Talledo	Encargada de la División de Acreditación

VALIDACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Marián ROSSI Guadalupe	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad en Salud de la Dirección de Salud de la Marina

VALIDACIÓN EXTERNA:

C. de N. SN (O) Manuel LARRÚ Gálvez	Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico de la Dirección de Salud de Marina
C. de C. (CJ) José Luis HERRERA Merel	Jefe de la Oficina de Asesoría Lega l de la Dirección de Salud de Marina

APROBADO POR:

Contralmirante Oscar Iván OLIVA Angulo	Director de Salud de la Marina

ÍNDICE

			Pág
1.	INTRODUCCIÓN		3
2.	JUSTIFICACIÓN		4
3.	OBJETIVO		4
4.	ALCANCE		4
5.	BASE LEGAL		4
6.	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN		5
7.	ANEXOS		
	ANEXO 1:	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN	6
	ANEXO 2:	HOJA DE REGISTRO DE DATOS PARA AUTOEVALUACIÓN	7
	ANEXO 3:	HOJA DE RECOMENDACIONES	8
	ANEXO 4:	ESQUEMA DE ELABORACIÓN DEL INFORME TÉCNICO	9
	ANEXO 5:	CONSIDERACIONES DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN	10
	ANEXO 6:	MATRIZ DE HALLAZGOS	11
	ANEXO 7:	MATRIZ DE SEGUIMIENTO	12

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° 456-2007/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-1 al III-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. La Acreditación 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.

El 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 de Salud de la Marina, en conjunto con la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud y la División de Acreditación, han elaborado el presente "Plan de Acreditación año 2025", en el marco de los lineamientos aprobados a través de las resoluciones antes mencionadas; mediante el cual se establece un cronograma de acciones a desarrollar por la División de Acreditación, para ser guía de las Instituciones Prestadoras de Salud de esta Dirección.

II. JUSTIFICACIÓN:

Contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud de la Dirección de Salud de la Marina cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

III. OBJETIVO

Planificar, asesorar y evaluar las actividades necesarias para llevar a cabo la Autoevaluación Institucional 2025, asegurando el cumplimiento de los estándares y criterios definidos en los diversos macroprocesos establecidos en la Norma Técnica de Salud actual.

IV. ALCANCE

Las disposiciones del presente Plan de Acreditación 2025 son de aplicación y cumplimiento obligatorio para todas Instituciones Prestadoras de Salud de esta Dirección.

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° 016-2002-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.
- Resolución Ministerial 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 III-1 y Servicios Médicos de Apoyo.
- Rresolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, que aprobó la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".





VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación es la fase de inicio de la Acreditación, está a cargo de los Equipos de Evaluadores Internos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Navales, los cuales deber ser capacitados.

Para el desarrollo de esta fase, las IPRESS deberán solicitar asistencia técnica mediante reuniones bimensuales.
La fase de Autoevaluación, se realizará de manera obligatoria una vez al año, haciendo uso de las técnicas de:

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

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. La metodología de trabajo para ejecutar la fase de Autoevaluación será la siguiente:

- Visita de instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación tendrá en cuenta: existencia, condiciones, características, estado y otros aspectos del 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.
- Respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo del evaluador líder y del 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.
- El equipo de evaluadores hará seguimiento de la aplicación de las recomendaciones.



ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

OBJETIVO ESPECÍFICO 1:	Planificar acciones para el proceso de Acreditación de las IPRESS a través del cumplimiento de la Fase de Autoevaluación.													
Nº	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Elaborar y gestionar aprobación del plan de acreditación siguiente periodo	Elaborar el plan y Gestionar aprobación del plan	Plan , Resolución Directoral	1											X	
2	Capacitar a los integrantes del comité de acreditación y del equipo de evaluadores internos	Elaborar cronograma de capacitación	Lista de asistencia	2		X				X						
3	Realizar el seguimiento de los resultados obtenidos en la autoevaluación (anterior) mediante la matriz de oportunidades y seguimiento de acciones de mejora	Consolidar matrices de oportunidad y seguimiento	Matriz	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Distribuir la lista de estándares de acreditación a las unidades orgánicas de la IPRESS	Socializar y difundir la lista de estándares de acreditación	Lista de distribución a unidades orgánicas	1		X										
5	Informar a la DIRESA y DISAMAR, el inicio del proceso de autoevaluación en la IPRESS	Elaborar documento .	Oficio/Memorándum	1							X					
6	Ejecutar el proceso de autoevaluación.	Seguimiento del cronograma de actividades	Formatos de recolección de datos	1							X					
7	Informar al DISAMAR los resultados de la autoevaluación	Elaborar documento	Informe	1								X				
8	Realizar la reunión de cierre, difundir y socializar los resultados del proceso de autoevaluación a todos los integrantes de la IPRESS	Gestionar reunión	Acta de reunión / Lista de asistencia	1									X			



ANEXO 2

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 3

HOJA DE RECOMENDACIONES

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

MACROPROCESO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES





ANEXO 4

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
    - REALIZAR MATRIZ DE HALLAZGOS
    - REALIZAR MATRIZ DE SEGUIMIENTO

ANEXO 5

CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

CODIGO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES / CATEGORIA	I-1	I-2	I-3	I-4	III-1
PAA1	Nombramiento de los equipos de Acreditación y Autoevaluación	X	X	X	X	X
PAA2	Distribución y socialización de la lista de estándares de acreditación, a las unidades orgánicas de la IPRESS	X	X	X	X	X
PAA3	Informe de inicio del Proceso de Autoevaluación	X	X	X	X	X
PAA4	Informe de los resultados del Proceso de Autoevaluación	X	X	X	X	X

ANEXO 6

MATRIZ DE HALLAZGOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA	OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN / DIVISIÓN DE AUTOEVALUACIÓN	Código:	
		Versión:	2023
	MATRIZ DE HALLAZGOS DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN	Página:	1 de 1

Actualizada por		**División**	
Fecha		**Tipo de Actividad**	Proceso de Autoevaluaci

Nº	Fecha	Departamento Servicio Oficina	Responsable	Criterio	Descripción del Hallazgos	Clasificación	Plan de Acción	Acciones Tomadas	Plazo de Ejecución	Condición

ANEXO 7

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN

DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA	OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN / DIVISIÓN DE AUTOEVALUACIÓN	Código:	
		Versión	2023
	MATRIZ DE SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN	Página	1 de 1

Actualizado por		**División**	
Fecha		**Tipo de Actividad**	Proceso de Autoevaluación

N°	Fecha	Departamento Servicio Oficina	Responsable	Criterio	Descripción del Hallazgos	Plan de Acción	Acciones Tomadas	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Condición

