

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

EXP. N° 012-2021-047684



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 312 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 05 ABR. 2021

VISTO: el Memorando N° 821-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 09 de marzo de 2021; Nota Informativa N° 026-2021-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 05 de marzo de 2021; y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a la Ordenanza Regional N° 021 – 2017 – GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017 que aprueba el nuevo Reglamento de Organizaciones y Funciones del Gobierno Regional de San Martín modificado mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR, de fecha 10 de setiembre del 2018, que resuelve APROBAR la modificación del Reglamento de Organización Funciones - ROF del Gobierno Regional de San Martín; en los términos de la Nota Informativa N° 173-2018-GRSM/GRPyP emitido por la Gerencia Regional de Planeamiento y Presupuesto del Gobierno Regional de San Martín en la que indica en el Artículo 201° numeral 201.1 que las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud - OGESS son Órganos desconcentrados de la Dirección Regional de Salud responsables de la gestión sanitaria territorial, la provisión de servicios de salud y de asegurar los servicios de apoyo requeridos por los establecimientos de salud del I y II nivel de atención que conforman la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del ámbito de su responsabilidad. Todo ello con el objetivo de asegurar las atenciones de salud en función a las necesidades de la población, así como de proponer e implementar en su ámbito políticas, normas y procesos relacionados a la salud. Las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS son UGIPRES;

Que, la Ley 26842, Ley General de Salud, establece que “Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garantice una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento técnico “Sistema de Gestión de Calidad en salud, cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo”;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”, que tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud del Perú;



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

EXP. N° 012-2021-047684



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 312 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 05 ABR. 2021



Que, la Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA en su Artículo 1° resuelve: Aprobar la Guía Técnica: “Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”.

Que, con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGPRES V.02 “Norma Técnica de Salud de Autoría de la Calidad de la Atención en Salud”, cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de la atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo en el Sector Salud;

Que, con Resolución Ministerial 850-2016/MINSA, se aprueba las “normas de elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”, entre sus objetivos específicos señala: que brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas así como, estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicas más relevantes en el ciclo de producción normativa así mismo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos;



Que, mediante Nota Informativa N° 026-2021-DIRESA-OGESS-AM/DGP, con fecha de recepción 05 de marzo de 2021, el Director de Gestión Prestacional, solicita al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo la emisión de la Resolución Directoral para aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo periodo 2021;

Que, mediante Memorando N° 821-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, con fecha de recepción 09 de marzo de 2021, el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo autoriza al Jefe de la Oficina de Asesoría Legal la proyección del acto resolutorio de aprobación del Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo periodo 2021;



Que, en el presente Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo periodo 2021, tiene como Objetivo General: “Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad basado en el desarrollo en una cultura de calidad orientada a la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos”;



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 312 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 05 ABR. 2021

Que, con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Director de Gestión Prestacional, debiendo aprobarse el Plan Anual de Gestión de la Calidad de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo periodo 2021;

Por las razones expuestas y con el visto bueno de la Dirección de Planificación, Gestión financiera y Administración, Jefe de la Oficina de Asesoría Legal; y el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo en uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 508-2020-GRSM-DIRESA/DG, de fecha 19 de noviembre de 2020;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR el PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO PERIODO 2021, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar, el acto resolutivo a las áreas correspondientes, con el fin de dar cumplimiento a lo resuelto en la presente.

Regístrese, comuníquese y cúmplase;



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
U.E. 401 - SALUD ALTO MAYO - OGESS
M.C. Julio B. Alcántara Reygo
DIRECTOR

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

“PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD” OGESS-AM

**GESTION
CALIDAD
DE LA
SALUD**



*Dirección de Gestión Prestacional
Gestión de la Calidad
ENERO 2021*

M.C JULIO EDMUNDO ALCANTARA RENGIFO
Director de la OGESS-AM

CPCC. JOSE IVAN TUESTA ESTRELLA
*Jefe de la Unidad de Gestión
Administrativa*

Directora de Gestión Sanitaria

OBSTA. JOSE LUIS LIVIA AGUILAR
Directora de Gestión Prestacional

CPC. PETER PANDURO NUÑEZ
Director de Recursos Humanos

OBSTA. GUSTAVO GRANDEZ COTRINA
*Jefe de la Unidad Especializada de
Gestión Prestacional*

C.D ANNIE JAQUELINE ROJAS CHALCO
*Jefe de unidad Especializada de
Intervenciones Estratégicas*

PSC. PAVEL CASIQUE BOCANEGRA
*Jefe de Unidad Especializada de
Recursos Humanos*

OBSTA.ANA MARIA TELLO MUÑOZ.
Jefe de la Unidad de Aseguramiento

MED.VET HILDEBRANDO SANDOVAL ZAMORA
Jefe de Salud Colectiva y ambiental

OBSTA. ANA MARIA TELLO MUÑOZ.
Coordinadora de Gestión de la Calidad

OBSTA. CINDAY JURNETH MOZOMBITE SALAZAR.
Coordinadora de PRONAHEBAS



INDICE

I.- INTRODUCCION	4
II.- JUSTIFICACION	5
III. BASE LEGAL	6
IV. FINALIDAD	8
V. DEFINICIONES OPERATIVAS	9
VI. OBJETIVOS	19
VII. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	20
VIII. ACTIVIDADES A DESARROLLAR SEGUN OBJETIVOS Y LINEA DE ACCION	20
IX. AMBITO DE APLICACIÓN	21
X. FINANCIAMIENTO	21
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD	22



I.- INTRODUCCION

Gestión de calidad se considera como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud. De ello se deduce que la calidad de la atención es un registro fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos de prestación de servicios, lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras del sistema de salud, que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad.

En la calidad de la asistencia sanitaria depende entonces de la adopción de una aproximación sistemática integral e interdisciplinaria. La introducción de la gestión de la calidad no significa empezar desde cero, si no que se refiere a organizar lo que se hace, dentro de un marco sistemático, usando dicho marco para guiar acciones futuras y reevaluar lo que se está haciendo.

La auditoría de la calidad tiene como principal objetivo el cuidado del paciente, el resultado de este es mejorar la salud de las personas; identifica las oportunidades para mejorar la atención en salud, así mismo puede facilitar el cambio hacia una práctica de la medicina basada en evidencias y buscando encausar el manejo clínico dentro de un marco ético legal.

Una de las características principales para el buen funcionamiento de un establecimiento de salud es implementar un sistema de gestión de la calidad para asegurar una mayor eficiencia de los productos a brindar, a fin de incidir en la mejora continua de los mismos en beneficio de los pacientes conllevando con ello a tener un creciente número de usuarios satisfechos.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad se ha propuesto impulsar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, con una serie de acciones de fortalecimiento e integración multidisciplinaria, mecanismos de registro y monitoreo, identificación de factores de riesgo, evaluando la magnitud e impacto de los eventos adversos que pueden ocasionar situaciones irreparables, y frente a esto proponer acciones de mejora continua, con el fin de garantizar un servicio de calidad a los usuarios externos.



Para mejorar la calidad de los servicios se requiere de la aplicación de técnicas y metodologías que permitan en una forma sistemática identificar las debilidades y fortalezas y construir un mejoramiento permanente y progresivo, identificando y reduciendo los costos de la no calidad. Pero ante todo se requiere de la decisión política para hacerlo y del recurso humano capacitado para ello.

El invertir en seguridad del paciente y eventos adversos, resulta una nueva visión que mejoraría la calidad de atención que brinda los establecimientos de salud al paciente, al poder brindarle una atención segura mientras permanezca en nuestra institución, además las consecuencia que trae un evento adversos son de diferente tipo, que pueden ser legales, económicas tanto para el paciente como para la institución, emocionales (para el paciente y sus familiares así como para los profesionales que están inmersos en el evento adverso), además que la confianza y prestigio de la institución se pone en juego.

Este trabajo solo será posible en la medida que se cumpla los objetivos en calidad de atención preconizados por la autoridad de Salud para la cual la Auditoria Medica lejos de ser un instrumento punitivo recupera sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de la optimización médica. La necesidad imperiosa de enfrentar en nuestro país el incremento de la cobertura con los recursos limitados y los costos elevados de la atención hacen necesaria la búsqueda de herramientas de gestión que permitan la satisfacción del usuario, adecuando el modelo industrial en el sector salud donde la calidad de la prestación se mide mediante la diferencia que hay entre las expectativas que hay del paciente y el servicio recibido.



II.- JUSTIFICACION

La Organización Mundial de la Salud – OMS, para la evaluación de los logros de los sistemas de salud propone tres objetivos intrínsecos de todo sistema: la mejoría del estado de salud de la población, la equidad financiera y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, a este último objetivo la OMS lo ha denominado la Capacidad de Respuesta del Sistema.

La capacidad de respuesta es más que un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, que se refleja en resultados sanitarios, sino que comprende el desempeño del sistema en relación con aspectos de la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información entre otros atributos de la calidad en la atención que establece el Sistema de Gestión de la Calidad en salud cuyo desarrollo viene impulsando la OGESS-AM a través de sus establecimientos de salud.

Las nuevas formas de medir el estado de salud de la población y la oferta generada desde los establecimientos de salud con calidad justifica el desarrollo del presente plan.



- ❖ *Resolucin Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba la Norma Tcnica de Auditoria de la Calidad de Atencin en Salud, NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 del 23 de junio del 2005.*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la "Conformacin del Comit tcnico para la Seguridad del paciente".*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para Seguridad del Paciente – 2006-2008".*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 502-2016/MINSA, del 15 de julio del 2016 que aprueba la Norma Tcnica N° 029 – MINSA/DIGEPRES. V.02.*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 768-2001-SA/DM "Sistema de Gestin de la Calidad"*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 456- 2007 – MINSA: Norma Tcnica de Salud para la*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 640-2006-/MINSA que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad"*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 527-2011-/MINSA que aprueba el "Guía Tcnica para la Evaluacin para la satisfaccin del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Mdicos de Apoyo"*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 603-2007-/MINSA que aprueba el "Directiva Administrativa que Regula el Procedimiento para la Atencin de Consultas, Sugerencias, Quejas, Solicitudes de Interposicin de Buenos Oficios y Consejería de la Defensoría de la Salud y Transparencia del ministerio de salud".*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 270-2009-/MINSA Guía tcnica del Evaluador para la Acreditacin de los Establecimientos de Salud y Servicios Mdicos de Apoyo.*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 727-2009-/MINSA Documento Tcnico "Política Nacional de Calidad en Salud"*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 596- 2007/ MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestin de la Calidad en Salud.*
- ❖ *Resolucin Ministerial N° 889-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 123 –MINSA/DGSP V. 01 Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atencin en Salud.*
- ❖ *RM N° 041-2005/MINSA, Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestin de la Calidad en las Direcciones de Salud.*

MISION DE LA OGESS-AM

Somos una Institución modelo que brinda servicios de salud integral con calidad, equidad, eficiencia e interculturalidad mediante un trabajo concertado con los actores sociales y líderes comunales. Con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y medio ambiente para el desarrollo integral del Alto Mayo.

VISION DE LA OGESS-AM

Ser una Institución rectora y líder con recurso humano comprometido con Micro Redes de Salud y Establecimientos de Salud docentes con capacidad resolutive que brinda servicios de salud adecuados en forma integral con calidad, calidez, e interculturalidad, dando énfasis a la prevención y promoción, con el fin de mejorar el estado de salud de las personas, familias y comunidades para el desarrollo integral del Alto Mayo.

MISION DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - MINSA

“Impulsar el desarrollo e implementar del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y los procesos de garantía y mejora de la calidad, a través de la aplicación de políticas normas y estándares de calidad internacionalmente reconocidos y aplicables a la realidad de las organizaciones de salud del país para mejorar la calidad de atención que se brinda y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población”.

VISION DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - MINSA

“La calidad se reconoce explícita y fehaciente como un valor de la cultura organizacional de los establecimientos de salud, cuando se aplican metodologías y herramientas de la calidad desarrolladas en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general existiendo evidencia confiables de mejores sustanciales en la atención percibida con satisfacción por los actores”.



IV. FINALIDAD

Promover la calidad y la mejora continua en la prestacin de los servicios de la salud, mediante la sistematizacin del proceso de auditoria en salud garantizar las buenas prcticas y mejora de la calidad de la atencin.

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

Acciones de mejora.- Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.

Acciones correctivas.- Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.

Acciones de Innovación.- Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.

Acciones preventivas.- Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.

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.

Acreditación: Proceso de evaluación periódica que tiene el propósito de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; y que está basada 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 clave de la atención de la salud.

Atención Intramural.- Es la atención por el profesional de salud según sus competencias en un establecimiento de salud.

Atención de salud. La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan a la persona, familia y comunidad, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Aspectos Tangibles. - Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la Institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipo, material de comunicación, limpieza y comunidad.

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.

Auditoría Interna.-Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.

Auditoría Externa.-Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.

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.

Auditoría de Caso: Aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad, requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo – administrativas del establecimiento de salud.

Auditoría de Caso Interna: Es la auditoría que corresponde a un primer proceso de Auditoría de caso, es realizada por el Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención de la Primera Instancia, que para EESS de Nivel I de la atención, esta designado de acuerdo a los subsectores de salud y para los EESS de los niveles II y III, es el Comité de la Calidad de Atención en Salud del establecimiento que brinda la atención de salud.

Auditoría de Caso Externa: Es la auditoría que corresponde a un segundo proceso de Auditoría de Caso, realizada por el Comité de Auditoría de la Segunda Instancia; corresponde cuando el informe de Auditoría de Caso Interna, no cumple con los requisitos de calidad del informe de Auditoría de Caso, no obstante, su devolución por única vez al Comité de Auditoría Interna que lo elaboro.

Auditoría de Oficio: Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional y se puede basar en indicadores asistenciales administrativos.



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.

Auditoría de Registro: Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.

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.

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.

Autoevaluación: Fase inicial del proceso de acreditación, en el cual los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del manual de estándares y realizan una evaluación interna para determinar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento, culminando en un plan de mejoramiento que facilite a la organización superar sus deficiencias y poder calificar a la segunda fase

Antisepsia de Manos, se refiere al lavado de manos antiséptico o sea a la fricción de manos con un antiséptico (uso de alcohol gel)

Calidad.- conjunto de características que poseen un producto o servicio que satisface los requisitos técnicos y expectativa de los usuarios.

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.



Calidad Humana: *Consiste en cuidar las relaciones con los demás, en rehacer nuestros afectos y en tener una filosofía, una actitud y un estilo de vida que sea realmente el que nosotros sintamos en nuestro interior.*

Capacidad resolutive.- *es la capacidad que tiene la oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos cuantitativos y cualitativos.*

Capacidad de Respuesta. - *Disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable*

Categoría.- *tipo de establecimiento de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes las cuales respondan a realidades socio-sanitarias similares y están diseñados para enfrentar demandas equivalentes.*

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*

Confidencialidad: *relacionado con la reserva que debe mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.*

Comunicación: *entendida como una habilidad social para la interacción con otros seres humanos, en el contexto de salud, afectan directamente la relación profesional-profesional y profesional – paciente. Se refiere a los pensamientos, creencias y sentimientos internos del individuo acerca de los asuntos que influyen las conductas dirigidas a la salud.*

Complicaciones.- *es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud si no a la enfermedad o las condiciones propias del paciente.*

Cultura de seguridad.- *Es el conjunto de valores, principios, normas, comportamiento y conocimiento que comparten los miembros de una organización con respecto a la prevención de incidentes, accidentes enfermedades ocupacionales daño a la propiedad y pérdidas asociadas sobre los cuales se resuelve la gestión empresarial.*

Cultura organizacional.- *Es el conjunto de valores creencias, normas y entendimientos importante es que los integrantes de una organización tienen en común.*



Clima organizacional.- Son las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo , el ambiente físico en que se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo

Despersonalización de la atención.- La enfermedad genera una situación que hace sentir a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema de salud lo más humano posible, así mismo la propia tecnificación de la medicina, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente indefenso, frente a una situación que no domina.

Encuestador y Moderador. - Es la persona que ha sido capacitada en la metodología o técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario

Enfoque sistémico.- Condición de la gestión de la calidad que implica que todo su trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.

Equipo de mejora.- Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

Error.- Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.

Estándar.- Nivel de desempeño deseado, factible de alcanzar.

Estandarización.- acciones realizadas para ajustar los conceptos y métodos disponibles a un modelo, norma o patrón que sirve como referencia y que es factible de alcanzar.

Evaluación. - Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud a los usuarios que acuden por una atención una organización de salud.

Evaluación de satisfacción del usuario externo.- procesos referidos a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de encuestas que evalúan la expectativa y percepción del usuario respecto a las principales actividades de proceso de atención y servicios que el establecimiento de salud ofrece.

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.



- **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presentan son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.
- **Moderado:** Un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración,
- **Grave:** Cualquier evento adverso que causa fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

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.

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.

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 llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Gestión de la humanización.- La humanización tiene que ver con la concepción del sistema de salud y con las personas involucradas en él, con su satisfacción y competencia profesional (calidad técnica y percibida), así como con la disponibilidad, oportunidad y accesibilidad de recursos que le permitan realizar su labor, así como con mecanismos de medición y control que permitan retroalimentar las intervenciones.

Guía de Práctica clínica: Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención en salud. La Guía de Práctica Clínica debe tener validez, fiabilidad, flexibilidad, reproductibilidad y aplicación clínica.



Garantía y Mejora de la Calidad: Conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del sistema.

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.

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.

Humanizar.- Significa "hacer humano, familiar y afable a alguien o algo", humano como "comprensivo, sensible a los infortunios ajenos" y humanización, "la acción y efecto de humanizar o humanizarse", esto enmarca los significados de: sensibilidad, compasión, generosidad, nobleza, cortesía, indulgencia, cordialidad, consideración, etc

Incidente.- Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso

Infección asociada a la atención de salud, es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina (s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Asimismo incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

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.



Indicador: Instrumento que permite medir un aspecto de la prestación sanitaria y compararlo con un nivel previamente definido.

Higiene de manos: Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.

Lavado de manos: Consiste en la remoción mecánica de suciedad y eliminación de microorganismos transitorios de la piel. Es el lavado de manos de rutina que se realiza con agua y jabón común y tiene una duración no menor de 20 segundos. Remueve en un 80% la flora microbiana transitoria.

Logro.- es la obtención o consecuencia de aquello que la dependencia se comprometido alcanzar en apoyo y sustento a los objetivos institucional e s a losa cuales se adscribe y a lo cual también se le destinaron recursos humanos financieros materiales y tecnológicos organizados a través de las acciones operativas y productos.

Notificación.- Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas

No conformidad: Incumplimiento de un criterio en auditoría.

Médico tratante.- Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste.



Mejoramiento Continuo de la Calidad.- Es una metodología que implica el desarrollo 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

Nivel de atención.- constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relaciona la magnitud y la severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutiva cualitativa y cuantitativa de la oferta.

Nivel de complejidad.- es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud alcanzando merced a la especialización y tecnificación de sus recursos, guarda relación directa con las categorías del establecimiento.

Paciente.- es todo usuario de salud que recibe atención de salud en el establecimiento.

Plan de Acción: Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos, dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del proyecto

Plan de trabajo.- es la herramienta que permite ordenar y sistematizar información relevante dentro de la unidades orgánicas de una dependencia así conseguir los resultados propuestos y planea la forma de interrelacionar los recursos humanos, financieros materiales y tecnológicos y disponibles. Además establece un cronograma, designa a los responsables y marca metas en base a los resultados y objetivos. Las acciones operativas y tareas que se incluyen en el plan de trabajo pueden ser seguidas, controladas y evaluadas por el responsable de esta manera constituye el insumo para la elaboración, consolidación y armonización del plan operativa anual.

Proceso.- Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Protocolo de Londres.- Metodología que se utiliza para hacer la investigación y análisis de incidentes clínicos (incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial).

Proyecto.- Conjunto ordenado de acciones y procesos que usando recursos preestablecidos logra resultados en un tiempo determinado.

Proyecto de mejora.- Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad.

Recursos humanos.- (Usuarios internos): Personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, ya sea en bienes o servicios. Las personas no son recursos, sino que tienen recursos (conocimientos, valores, habilidades y experiencia para desarrollar sus acciones).

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



Servicios de salud humanizados: Un servicio de salud humanizado es aquél cuya razón de ser es, estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función de nuestros usuarios. Para que esto se realice debe ser un sistema integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades en salud, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al paciente y su cuidador, y que esté atento a elementos no comunicables ni medibles fácilmente, como por ejemplo el dolor.

Seguridad del Paciente.- Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Servqual.- la metodología servqual, se usa para evaluar la satisfacción del usuario externo y define la calidad del servicio como la brecha o diferencia entre la percepción (calidad recibida) y las expectativas (calidad esperada) de los usuarios externos que acuden a recibir atención en el establecimiento de salud. Se constituye como una mediada de la calidad del servicio a través de aplicación de encuesta.

Sistema Auditado: Es la totalidad de la organización de salud o la parte de ella que es sometida a Auditoria de historias clínicas o a Auditorias de casos.

Trato Digno: El trato digno es hablar con las personas, sin tener en cuenta su posición social, con RESPETO. -ser amable, atento, educado, haciéndole saber a la otra persona lo importante que es para la vida en que vivimos

Organizaciones de salud: se define operacionalmente como organizaciones de salud a los establecimientos de salud, servicios médicos de apoyo, institutos, DISAS/DIRESAS, Redes, Micro redes, Sede central; y las que hagan sus veces en las instancias de Es salud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional

Usuario.- persona que utiliza los productos o servicios que brinda los establecimientos y servicio médico de apoyo.

Unidad orgánica.- es la unidad de organización en que se dividen los órganos contenidos en la estructura orgánica de la independencia y entidad.



VI. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad basado en el desarrollo en una Cultura de Calidad Orientada la Mejora Continua de los Procesos Asistenciales y Administrativos de Atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- 1. Mejorar la calidad de las atenciones en consulta externa que permita un funcionamiento eficiente y eficaz de nuestra institución con liderazgo fortalecido enfocado a los derechos en salud.*
- 2. Promover una gestión orientada hacia la humanización de la atención de los servicios de salud, centrada en la satisfacción del usuario interno y externo.*
- 3. Implementar mecanismos de medición de la Satisfacción del usuario externo en los establecimientos de la OGESS-AM, garantizando a los usuarios externos una atención de calidad y mayor satisfacción.*
- 4. Implementar la auditoria de la calidad en salud en los establecimientos de la OGESS-AM.*
- 5. Implementar proyectos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de la OGESS-AM, mejorando continuamente la calidad de los servicios de los establecimientos de salud, evaluando continuamente cada uno de los procesos operativos a fin de garantizar que todas las actividades sean realizadas de forma sistemática, en los proceso de atención en salud, a fin de realizar las acciones correctivas y preventivas.*
- 6. Implementar mecanismos de registro y seguridad de los pacientes, creando ambientes seguros y de esa manera disminuir los riesgos de la aparición de un incidente y/o eventos adversos.*
- 7. Implementar procesos de Lavado de manos en los establecimientos de la OGESS-AM, para la prevención, control y medición de infecciones asociadas a la atención.*
- 8. Implementar mecanismos de autoevaluación y Acreditación de los establecimientos de la OGESS-AM.*



VII. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Según Líneas de acción:

- *Autoevaluación y Acreditación del EE.SS.*
- *Auditoria de la Calidad de atención en salud.*
- *Mejora Continua de la Calidad.*
- *Satisfacción del Usuario Externo.*
- *Seguridad del Paciente.*

VIII. ACTIVIDADES A DESARROLLAR SEGÚN OBJETIVOS Y LINEA DE ACCION

OBJETIVO 1, 2: *Monitorear el cumplimiento de la atención con calidad y calidez, promoviendo los estándares básicos de seguridad del paciente y satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud de la OGESS-AM.*

- *Implementar estrategias para satisfacer las necesidades expuestas*
- *Aplicar la encuesta para medir la satisfacción del usuario externo*
- *Visita a los establecimientos de salud I-3, I-4 para la verificación del cumplimiento del plan de Gestión de Calidad en los Establecimientos de Salud de la OGESS - AM*

OBJETIVO 4: *Implementar la auditoria de la calidad en salud en los establecimientos de la OGESS-AM*

- *Difundir la norma técnica de auditoría de la calidad NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 a los establecimientos de salud de la OGESS-AM*
- *Conformar el comité de Auditoria de salud en los establecimientos de salud de la OGESS-AM*
- *Gestionar capacitación para el comité de Auditoria en Salud*

OBJETIVO 5: *Implementar proyectos de mejora continua de la calidad en los establecimientos de la OGESS-AM.*

- *Diseñar proyectos de mejora continua de la calidad*
Participación activa de los establecimientos de salud I-3, I-4 y Hospital II-1, en la semana de la calidad de la OGESS-AM.
Gestionar capacitación sobre diseño de proyectos de mejora continua a la Dires-SM

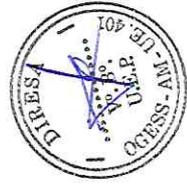


OBJETIVO 6: *Implementar mecanismos de registro y seguridad de los pacientes, creando ambientes seguros y de esa manera disminuir los riesgos de la aparición de un incidente y/o eventos adversos.*

- *Implementación de los registros de eventos adversos en los establecimientos de salud de la OGESS-AM.*

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	META	RESPONSABLE
1	Conformación con RD del equipo de Gestión de la Calidad del Hospital II-1 Moyobamba.	X												1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
2	Elaboración de plan anual de Gestión de la Calidad.	X												1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
3	Elaboración de plan anual de Auditoría.		X											1	Hospital II-1 Moyobamba C.S I-4
4	Conformación del comité de Auditoría en salud.			X										1	Hospital II-1 y Microrredes
5	Implementación de la aplicación de la lista de chequeo de la cirugía segura de todas las intervenciones quirúrgicas.				X								X	2	Hospital II-1 Moyobamba
7	Monitoreo, supervisión y evaluación para la implementación de proyectos y/o acciones de mejora en base a la problemática identificada referente a las líneas de acción del sistema de gestión de calidad en salud y prioridades sanitarias nacionales y regionales			X			X			X			X	4	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
6	Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud						X						X	2	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
8	Monitoreo de la adherencia al lavado de manos en los diferentes servicios.			X			X			X			X	1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
9	Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de la auditoría de la calidad de atención en salud			x			x			X			X	4	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
10	Implementación de las rondas de seguridad del paciente en los establecimientos de salud.			x			x			x			x	4	Hospital II-1 Moyobamba
11	Elaboración de un proyecto de mejora continua de la calidad.		X											1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
12	Conformación del comité de mejora continua de la calidad.			X										1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
13	Participación activa de los establecimientos de salud I-3, I-4 y Hospital II-1, en la semana de la calidad de la OGES-AM.									X				1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
14	Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario Externo En Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.			X							X			2	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
15	Evaluación y análisis de resultados de Encuestas												X	2	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes
16	Implementación de la autoevaluación del proceso de acreditación de establecimientos de salud.												x	1	Hospital II-1 Moyobamba y Microrredes



- *Visita técnica a los establecimientos de salud de las OGESS-AM, para la organización de los servicios y verificación e implementación de los mecanismos y registro de eventos adversos.*

OBJETIVO 7: Implementar procesos de Lavado de manos en los establecimientos de la OGESS-AM, para la prevención, control y medición de infecciones asociadas a la atención.

- *Verificar el cumplimiento de la técnica de lavado de manos en los establecimientos de salud.*
- *Visita a los establecimientos de salud I-3, I-4 y Hospitales II-1, para la verificación sanitaria según Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo DS N° 013- 2006- SA.*

OBJETIVO 8: Implementar mecanismos de autoevaluación y Acreditación de los establecimientos de la OGESS-AM.

- *Visita de supervisión a los establecimientos de salud de la OGESS-AM, de acuerdo a la Guía Técnica para la categorización de establecimientos del Sector Salud.*
- *Cumplimiento de los estándares establecidos para el proceso de acreditación de los establecimientos de salud de la OGESS-AM.*

IX.- AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Anual de Gestión de la Calidad 2021 es de aplicación en los Establecimientos de Salud de Nivel I-3, I-4 y II-1 de las OGESS-AM

X.- FINANCIAMIENTO

- *Recursos Ordinarios*
- *Donaciones y transferencias*
- *Área mujer*
- *Área niño*




 DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN
 U.E. 401 SALVO ALTO MAYO
 Obsta. Cinday J. Mozombite Salazar
 Coordinadora Gestión de Calidad