



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 7016 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 03 de agosto de 2021.

VISTO: El Memorando N°2789-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 15 de julio de 2021; Nota Informativa N°065-2021-OGESS-AM-DGP, de fecha 14 de julio 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 en el numeral VI del título preliminar 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"; en ese mismo orden de ideas el artículo 123 de la precitada ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161 dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva; asimismo, los literales a) y b) del artículo 5 del mencionado Decreto Legislativo, modificado por la Ley N° 30895, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional sectorial de promoción de la salud, prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;

Que, mediante Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su



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

EXP. N° 012-2021-06.4.12.0



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 1016-2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 03 de agosto de 2021.

nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base el cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°270-2009/MINSA se aprobó la “Guía Técnica del Evaluador para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo”, teniendo como objetivo proporcionar elementos metodológicos para uniformizar los procedimientos para la autoevaluación y la autoevaluación externa, entre otros;

Que, con Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueba las normas de elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”, el cual tiene como finalidad “Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales”;

Que, mediante Resolución Directoral Regional N°137-2018-GRSM/DIRES-SM/OPPS, se aprueba el Manual de Operaciones de las Oficinas de Gestión de Servicios de Salud – OGESS, estableciendo en su artículo 15° las atribuciones y responsabilidades del Director General de la OGESS, entre las cuales se encuentran, la de emitir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia, aprobar los planes y documentos de gestión internos (...);

Que, mediante Nota Informativa N°065-2021-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 14 de julio del 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 con la finalidad de aprobar el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2021** de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo;

Que, mediante Memorando N°2789-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 15 de julio del 2021, el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo, autoriza la proyección de la Resolución Directoral con la finalidad de aprobar el **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2021** de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo;

Que, en el presente **PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2021** de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo, tiene como finalidad: “Fortalecer el sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución generando mediante el proceso de evaluación interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que estos se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de la atención camino a la acreditación”;

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 DE AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2021** de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo;

Por las razones expuestas y con el visto bueno del Director 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 sus atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N°508-2020-GRSM/DIRESA/DG, de fecha 19 de noviembre de 2020;



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EXP. N° 012-2021 *06490*



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° *1016* -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 03 de agosto de 2021.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR el PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD - 2021 de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo, 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;



M.C. Julio E. Alcantara Rongifo
DIRECTOR

“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN



OGESS-AM MOYOBAMBA

2021

PLAN DE AUTOEVALUACION

1. INTRODUCCION

En el marco del sistema de gestión de la calidad en salud, la acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de calidad, que comprende este sistema. En la actualidad el ministerio de salud a través de la dirección de calidad, esta desarrollando una propuesta técnica de acreditación de servicios de salud para el Perú, la cual esta siendo previamente sometida a validación en todos los subsectores prestadores del sector salud, esta propuesta contiene cuatro características(1) el proceso de acreditación es único, de aplicación nacional; (2) el modelo de organizativo es publico con funciones compartidas ; (3) la delegación de la función de decisión a entes sectoriales, a nivel nacional y regional, y, (4) estándares diferenciados: de aplicación única y específica.



El rediseño del proceso de acreditación se caracteriza por lo siguiente: (1) la inclusión de la auto evaluación, primera fase del ciclo de la acreditación en los planes operativos anuales-POA, instrumento obligatorio de los prestadores públicos, y una equivalencia de obligatoriedad explícita para los prestadores privados;(2) la creación de un cuerpo colegiado autónomos, sectorial y componente en el tema , relacionado con MINSA/gobiernos regionales para ejercer la función de negar o conferir la acreditación y de otras funciones de regulación nacional/regional; (3) la inclusión de la evaluación por pares, como segunda fase, de carácter voluntario,a cargo de un POOL de evaluadores contratados por la DCS-MINSA/DESP-DIRESAS, cuya contratación estaría condicionada ciertos criterios;(4) el traslado de la evaluación externa ,como tercera fase, de carácter voluntario, pero con incentivos explícitos, tanto intrínsecos como extrínsecos, a agrupaciones de evaluaciones de expertos; (5) la eliminación del modelo de evaluación

Externa basada en los sistemas de evaluación de conformidades, que concluye en emisión de un certificado, a cambio de un informe técnico De carácter institucional y controlado por los sectores involucrados ;(6) dos opciones para la confidencialidad de los resultados: Auto evaluación y evaluación por pares- confidencial y solo compartida para fines institucionales; y , evaluación externa que concluye en la acreditación- de dominio publico; (7) asignación de función de generación de capacidades al IDREH;(8) financiamiento mixto, básicamente de origen publico, manejado en un FONDO INTANGIBLE cuyo uso y destinos estén previamente regulados ; (9) participación social para las fases de validación, decisión y control, (10) dos niveles de estándares para todos los niveles de complejidad: genéricos y específicos; (11) la acreditación por conjunto de establecimientos de salud del segundo nivel de atención organizados en Hospitales; (12) cinco niveles de calificación y condición de “acreditado” condicionados al cumplimiento de estándares y al tiempo de absolución de las no conformidades.

La Ogess-AM, en este proceso de validación de la propuesta de acreditación viene haciendo acciones de; revisión, discusión y análisis de la norma técnica de acreditación y de su instrumento, el manual de estándares de acreditación, y se ha obtenido importantes aportes a ambos documentos.

2. JUSTIFICACION

Siendo el objetivo del sistema, mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnología del sector salud a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios externos e internos y la propia organización, la actual propuesta de acreditación de servicios de salud se constituye en un proceso diseñado, después de nueve años de experiencia.

La propuesta está diseñada en el marco de la descentralización de la salud, proceso que ha considerado la transferencia de la función de negar o conferir la acreditación para el año 2022. En este contexto, la



validación de la propuesta de suma relevancia, para así comprobar el Nivel de aplicabilidad de la propuesta en los prestadores regionales de salud y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores, los administradores regionales y las autoridades sanitarias quienes van a velar por su cumplimiento.

Este proceso se hace aún más exigente si se tiene en cuenta que el alcance declarativo del proceso de acreditación abarca todos los niveles de complejidad de la prestación de la salud sin importar su naturaleza jurídica ni su permanencia a alguno de los cuatro subsectores de nuestro sistema de salud. Aún mas, si se partió del supuesto de la acreditación busca estandarizar las condiciones de entrega hasta la prestación de salud y que esta a su vez debe ser capaz de reflejar las serias restricciones de cada subsector, y de reflejar esfuerzo del prestador por mejorar la prestación y orientarse a un ejercicio institucional pro-derecho en salud, que contiene a la calidad como uno de sus principios.

En la Ogess-AM Moyobamba en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de calidad en los servicios de salud, sin embargo, aún se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permite un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y capacidad de respuesta como Hospital y Microredes. En perspectiva de desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basada en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional que genera un claro incentivo mas aun cuando esta ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.



3. FINALIDAD:

Fortalecer el sistema de Gestión de la Calidad en nuestra institución generando mediante el proceso de evaluación interna una dinámica de mejora continua y cumplimiento de los criterios establecidos, tratando de lograr, que estos se adopten en la práctica del día a día, para la mejora de la calidad de la atención camino a la acreditación.

4. ALCANCE

El alcance de la aplicación del manual de estándares de acreditación para su validación en las microredes abarca a todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macro procesos expuestos en dicho manual.

5. BASE LEGAL

5.1 Ley N° 26842, "ley general de salud"

5.2 Ley N° 27657, "ley del ministerio de salud"

5.3 D.S N° 023-2005-SA, Que aprueba en el "Reglamento de organización y funciones del ministerio de salud"

5.4 Ley N° 27813, "ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud"

5.5 Ley N° 27867, "ley orgánica de los gobiernos regionales"

5.6 Ley N° 27444, "ley general de procedimientos administrativos"

5.7 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud"

6. OBJETIVOS

GENERAL

Promover una cultura de calidad a nivel institucional mediante la evaluación del cumplimiento de los estándares y criterios nacionales de calidad establecidos según la normatividad vigente.

ESPECIFICOS

- a) Establecer una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación en las Microredes.
- b) Verificar el alcance de los criterios de evaluación en relación a todas las funciones del establecimiento de salud para brindar servicios de salud con calidad.
- c) Mejorar el diseño de los instrumentos de acreditación.
- d) Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.



7. METODOLOGIA

La autoevaluación es la fase de inicio del proceso, está a cargo del equipo de evaluadores internos los cuales ya cuentan con la capacitación y aprobación respectiva.

La unidad de Gestión de la Calidad tiene asignada la función de organización de los procesos de acreditación, para lo cual se cumplirá con el monitoreo de los siguientes pasos:

- Aprobación del plan de Acreditación: Se remitirá el plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con resolución directoral como lo indica la norma técnica de Acreditación de servicios de salud.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud:
- La autoevaluación se realizará con la designación de un equipo de trabajo designado por el comité de acreditación, de acuerdo a determinados perfiles y a los macro procesos a ser evaluados, previa consulta individual, seguida de la autorización de la jefatura respectiva, con la finalidad de tener continuidad y satisfacción en el trabajo que le será encomendado.
- Conformación de equipos y elaboración de cronogramas de reuniones:
Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine.
Cada equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de su macro proceso, bajo el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Revisión y/o reformulación de instrumentos de recolección de información si fuese necesario. Esta actividad se realizará por cada macro proceso y su duración no deberá exceder de dos semanas.
- Preparación de materiales:
Culminada la revisión, el coordinador de cada equipo entregará a la Unidad de Gestión de la Calidad sus requerimientos (Instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar luego el proceso de autoevaluación.
- Sensibilización al equipo de gestión hospitalaria:



A cargo del comité de Acreditación, quien realizará la actividad de sensibilización previa en coordinación con la alta Dirección.

➤ Planificación de las visitas de auto evaluadores a los servicios:

Esta actividad será desarrollada por cada equipo evaluador, que coordinará con las jefaturas involucradas en los macro procesos a evaluar a fin de definir fechas y horas de obligatorio cumplimiento por ambas partes, salvo situaciones inesperadas que deberán ser comunicadas oportunamente.

➤ Entrega de informes de cada macro proceso para el ingreso al software:

Actividades de desarrollar por cada equipo auto evaluador que será entregada en los formatos establecidos para tal fin.

➤ Elaboración del informe final de auto evaluación:

A cargo de evaluador líder, coordinadores de equipos de auto evaluación y comité de acreditación.

➤ Socialización de los resultados:

Esta actividad será coordinada por el comité de acreditación y la alta Dirección fin de definir la fecha y el espacio en las reuniones de gestión o donde estime conveniente en un plazo no mayor de 30 días de haberse remitido el informe final para las acciones de mejoramiento continuo y el desarrollo y el desarrollo de planes de acción de ser el caso.

➤ Si en el proceso de autoevaluación interna se consigue una puntuación igual o mayor a 85, se elevará el expediente y solicitará la evaluación externa a la autoridad competente.

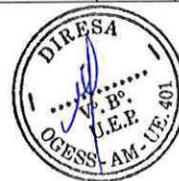
➤ Si el puntaje es menor a 85, se realizará levantamiento de observaciones, con puesta en marcha de planes de mejora, nueva autoevaluación en 6 meses.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
U.E. 401 SALUD ALTO MAYO
Obsta. Cindia J. Mosquera Salazar
Coordinadora Gestión de Calidad

8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD	I Trim			II Trim			III Trim			IV Trim		
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Set	Oct	Nov	Dic
Conformación de equipo de acreditación de la Ogeess-AM para su aprobación con RD.	OGESS - AM	Resolución	Anual		X										
Conformación de equipos multidisciplinares	OGESS - AM	Resolución	Anual		X										
Elaboración y revisión del plan anual de Acreditación 2021.	Coordinadora de Gestión de la Calidad	Actas	Anual		X										
Presentación del Plan anual de Acreditación a la Dirección prestacional para su aprobación con RD.	Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Anual			X									
Capacitación con IGSS sobre Acreditación a los evaluadores internos.	Comité de Acreditación Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Anual				X								
Elaboración de listas de chequeo para la autoevaluación.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Anual				X								
Reunión de sensibilización y capacitación a evaluadores internos.	Comité de Acreditación/ Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Mensual				X								
Plan de visitas para el levantamiento de la información.	Comité de Acreditación/ Evaluadores Internos	Informe	Mensual					X							
Implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Mensual						X						
Socialización de resultados.	Comité de Acreditación	Informe	Semestral						X						
Elaboración y entrega de informes por macro procesos.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Semestral							X					
Elaboración de informe final y resumen ejecutivo	Comité de Acreditación	Informe	Semestral							X					
Si se obtienen puntaje menor a 85, levantamiento de observación, nueva autoevaluación en 6 meses	Coordinadora de Gestión de la Calidad	Informe	Semestral									X			
Si se obtiene puntaje menor a 85, se solicitará evaluación externa.	Comité de Acreditación	Informe	Semestral										X		



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