



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 533-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 02 de marzo de 2022.

VISTO: el Memorando N° 742-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 10 de febrero del 2022; Nota Informativa N° 29-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 10 de febrero 2022; Oficio N° 054-2022-J-MRSJ-CSJ, de fecha 02 de febrero del 2022; Informe N° 001-2022-MRSJ/C.S.J/LDEC-2022, de fecha 02 de febrero del 2022; Informe N° 002-2022-MRSJ/C.S.J/LDEC-2022, de fecha 02 de febrero del 2022; **PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022, 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°456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud 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 nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°496-2007/MINSA, se aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud” cuyo objetivo es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tengan un impacto en los resultados sanitarios; asimismo en el citado plan se ha señalado, entre sus componentes el de garantía y mejora para lo que se ha implementado una serie de procesos, entre ellos el de seguridad del paciente;



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 533-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 02 de marzo de 2022.

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;

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 N°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 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 el Oficio N° 054-2022-J-MRSJ-CSJ, de fecha 02 de febrero del 2022, Informe N° 001-2022-MRSJ/C.S.J/LDEC-2022, de fecha 02 de febrero del 2022, y el Informe N° 002-2022-MRSJ/C.S.J/LDEC-2022, de fecha 02 de febrero del 2022, la Jefe de la MR de Jerillo, hace llegar al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo el **PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022;**

Que, mediante Nota Informativa N°29-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 10 de febrero de 2022, la Directora 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 DE TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022;**

Que, con Memorando N°742-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 10 de febrero del 2022, 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 DE TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD y CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022;**

Que, el presente **PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022,** tiene como objetivo



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 533-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 02 de marzo de 2022.

general: “Mejorar la calidad de atención y fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los servicios de la Micro Red de Salud de Jerillo, respondiendo a las legítimas prioridades establecidas por la población”;

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 TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD Y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022**;

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.- CONFORMAR el EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022, quedando integrado por los siguientes miembros:

Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
RAFAEL YANQUI SÁNCHEZ	Médico Cirujano	Integrante
LEIDY KATERINE TUESTA CHÁVEZ	Obstetra	Integrante
JUDITH NAJAR FREYRE	Obstetra	Integrante

Artículo Segundo.- APROBAR el PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR JERILLO 2022, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que el referido comité, actúe y decida en forma colegiada y autónoma, siendo sus miembros los responsables solidariamente en los actos y decisiones que asuman.

Artículo Cuarto.- Notificar, el acto resolutivo a las áreas correspondientes, con el fin de dar cumplimiento a lo resuelto en la presente.

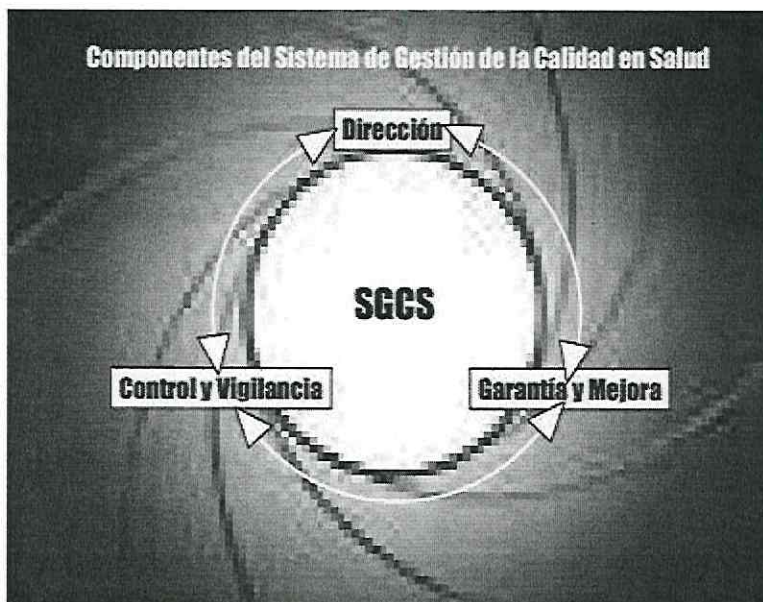
Regístrese, comuníquese y cúmplase;




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

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

“PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD DE LA MICRO RED DE SALUD JERILLO”



MICRO RED DE SALUD JERILLO

2022



I. INTRODUCCIÓN

En el Sector Salud la prestación de servicios de salud y la calidad de los mismos no han tenido un desarrollo uniforme. Durante los últimos años se han realizado diversos esfuerzos para revertir esta situación, que no siempre han logrado alcanzar el objetivo de mejorar la calidad de atención o que al hacerlo no han sido sostenibles en el tiempo.

La poca capitalización de los esfuerzos desplegados se ha debido principalmente a la falta de una estrategia coherente que permitiese no solo aprovechar las mejoras, sino adoptar una decisión para establecer un Sistema Nacional de Salud moderno, eficiente, efectivo, y fundamentalmente humano. Por ello, surge la necesidad y urgencia de desarrollar e implementar una estrategia nacional que permita el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud.

Es en este contexto que el Ministerio de Salud está decidido a concretar, con la participación de los diferentes actores en salud, las acciones necesarias para mejorar la situación actual de salud de la población, en especial la de menores recursos, siendo el gran desafío la construcción de un Sector Salud con equidad, eficacia y calidad.

El Ministerio de Salud se ha propuesto desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura, que mediante acciones inmediatas y mediatas logrará concretar en el mediano y largo plazo.

En esta orientación, la primera fase está dirigida a mejorar la calidad de la prestación, con énfasis, en los servicios de salud que brindan los Establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional, para su posterior ampliación a los otros prestadores del Sector.

II. FINALIDAD

Identificar oportunidades de mejora y proponer acciones y/o planes de Gestión de la Calidad en procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias.



IV. ALCANCE

Intervienen todos los Establecimientos de Salud que conforman la Micro Red de Salud Jerillo, con cuya participación coordinada y consensuada se logrará el fortalecimiento y mejorar la calidad de atención en todos los servicios.

V. COMPONENTES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

1. Dirección:

Implementa la Política Nacional de Calidad en Salud y define los Objetivos de la Calidad de la atención. Lidera, dirige y planifica la implementación y desarrollo del SGCS en el ámbito nacional y regional. Asimismo, dicta las normas y directivas institucionales para su eficaz operación.

2. Garantía y Mejora:

Difunde e implementa las normas y estándares sectoriales e institucionales de calidad. Asimismo, define y gestiona, los procesos de garantía y mejora de la calidad de la atención para el logro de los objetivos de la calidad, por medio de la auditoría de la calidad de la atención, acreditación de establecimientos, seguridad del paciente, procesos de mejora continua, evaluación de la tecnología sanitaria y otros.

3. Control Y Vigilancia:

El control del SGCS tiene dos dimensiones: a) **Control Institucional:** realiza el análisis y control de los procesos, productos, resultados, requisitos de los usuarios y de la organización. Determina las no conformidades y propone a la Dirección del SGCS acciones para elevar su desempeño. b) **Control Social:** facilita la información requerida por los organismos constituidos por la ciudadanía para ejercer la vigilancia de la calidad de atención.

VI. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

LISTADO DE PROBLEMAS

1. Ausencia de Normativas, Guías de práctica clínica y Manuales de procedimientos.
2. Unidades de Admisión con falta de organización de Historias Clínicas.
3. Sistema de Referencias y Contrarreferencias parcialmente implementado.
4. Deficiente orientación e información al usuario externo.
5. Falta de evaluación de Satisfacción del Usuario externo.



VII. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar Gestión de la calidad de atención en salud en los establecimientos de la Micro Red de Salud Jerillo.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos.
- Implementar acciones, planes y proyectos de Gestión de la calidad.
- Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa.
- Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo.
- Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.
- Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud.


Luz Dayanna Espinoza Cortez
TÉCNICA EN RADIOLOGÍA
I.P.E. # 0037 - 12/17/19 R.D. N° 1650-19/19/000000



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y SU CORRELACIÓN CON LOS OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN			
					1°T	2°T	3°T	4°T
Mejorar la calidad de atención en salud en los establecimientos de la Micro Red de Salud Jerillo.	Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos.	Proponer y oficializar el equipo de evaluación interno. Formular y ejecutar plan de autoevaluación. Proponer y gestionar acciones o proyectos de mejora continua.	R.D. Plan Informe	1 1 2	X X X			
	Implementar acciones, planes y proyectos de Gestión de la calidad.	Proponer y oficializar Comité de Gestión de la calidad. Formular y ejecutar proyectos de Gestión de la calidad. Continuar con la fase de implementación del Plan Cero Colas de acuerdo a la necesidad.	R.D. Plan e Informe Informe	1 1 -	X X X			
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa.	Ejecutar encuesta SERVQUAL.	Informe	1	X			
	Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo.	Proponer y gestionar acciones o planes de Gestión de la Calidad. Instalar y gestionar buzones de sugerencias. Gestionar libro de reclamaciones.	Informe Acción Informe	1 12 Ante reclamos	X X X	X X X	X X X	
	Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.	Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente. Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente.	R.D. Plan e Informe	1 1	X X			
	Ejecutar procesos de auditoría de la calidad de atención en salud.	Proponer y oficializar Comité de Auditoría. Formular y ejecutar Plan de Auditoría de la calidad en salud.	R.D. Plan e Informe	1 1	X X			



[Handwritten Signature]
 Lic. Humberto Espinoza Cortés
 M.D. (C) - M.O. (C) - M.O. (C)
 M.P. (C) - M.P. (C) - M.P. (C)

ANEXOS

- I. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL CENTRO DE SALUD LAHUARPIA**
- II. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PUESTO DE SALUD RAMIREZ**



I. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y SU CORRELACIÓN CON LOS OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD MEDIDA	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN			
				1°T	2°T	3°T	4°T
Mejorar la calidad de atención en salud en el Centro de Salud La Huarpia.	Verificar que los formatos estén debidamente llenados, para así no tener ninguna complicación a futuro.	Entrega de formatos de atención (fuas), dos veces por semana (martes y viernes)	Acción	X	X	X	X
	Establecer las pautas para el correcto llenado de los formatos únicos de atención (FUA).	Capacitar al personal para que realicen un buen llenado	Acción	X	X	X	X
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa.	Instalar y gestionar buzones de sugerencias.	Acción		X		X
		Proponer y gestionar acciones o planes de gestión de la calidad.	Acción		X		
	Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.	Gestionar libro de reclamaciones.	Acción	X	X	X	X
		Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente.	Acción		X		
	Realizar un buen control de calidad de cada uno de los códigos prestacionales.	Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente.	Acción		X		
		verificación de seguros vencidos con el personal encargado en la Micro red Jerillo en forma mensual.	Acción	X	X	X	X
		Recepción de formatos de atención (fuas), en forma semanal	Acción	X	X	X	X



Las Deyanos Espinoza Cortés
PERU TÉCNICA EN RADIOLOGÍA
 U.C. 4881-147418.9. P. 1488-147418

II. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y SU CORRELACIÓN CON LOS OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD MEDIDA	META	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN			
					1°T	2°T	3°T	4°T
Mejorar la calidad de atención en salud del Puesto de salud Ramírez.	Alcanzar mayores estándares de calidad en el proceso de autoevaluación de los macro procesos.	Proponer y oficializar el equipo de evaluación interno. Formular y ejecutar plan de autoevaluación. Proponer y gestionar acciones o proyectos de gestión de la calidad.	R.D Plan Informe	1 1 2		X X X		
	Implementar acciones, planes y proyectos de Gestión de la Calidad.	Proponer y oficializar Comité de gestión de la calidad.	R.D	1		X		
		Formular y ejecutar proyectos de gestión de la calidad	Plan e Informe	1		X		
	Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo y mejorar la atención en consulta externa.	Continuar con la fase de implementación del Plan Cero Colas de acuerdo a la necesidad.	Informe	-		X		
		Ejecutar encuesta SERVQUAL.	Informe	1		X		
	Fortalecer y gestionar la plataforma de atención al usuario externo.	Proponer y gestionar acciones o planes de gestión de la calidad.	Informe	1		X		
		Instalar y gestionar buzones de sugerencias.	Acción	12		X	X	X
	Gestionar el riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.	Gestionar libro de reclamaciones.	Informe	Ante reclamos		X	X	X
		Proponer y oficializar Comité de Seguridad del Paciente.	R.D.	1		X		
		Formular y ejecutar Plan de Seguridad del Paciente.	Plan e Informe	1		X		



INFORME N° 002 -MRSJ/C.S.J/LDEC-2022

A : OBST. ROSA CAROLINA BERNUY GÓMEZ
Jefe de Micro Red de Salud Jerillo

DE : TEC. RADIOLOGÍA LUZ DAYANNA ESPINOZA CORTEZ
Responsable de Gestión de la Calidad de la Micro Red de Salud Jerillo.

ATENCION : RESPONSABLE DE GESTION DE LA CALIDAD – OGESS AM.

ASUNTO : HACER LLEGAR EL COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD-
MICRO RED DE SALUD JERILLO

FECHA : Jerillo, 02 de febrero del 2022.

Grato es dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar LISTA DE PROFESIONALES QUE CONFORMAN EL COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD de la Micro Red de Salud Jerillo.

NOMBRES Y APELLIDOS	PROFESIÓN	DNI	COLEGIO PROFESIONAL	NÚMERO DE CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
RAFAEL YANQUI SANCHEZ	MÉDICO-CIRUJANO	42558905	76326	970672711	rafaelyanqui777@gmail.com
LEIDY KATERINE TUESTA CHÁVEZ	OBSTETRA	45523066	33280	935804853	Kathy_tues@hotmail.com
JUDITH NAJAR FREYRE	OBSTETRA	46783530	36038	950009531	Naropa10@hotmail.com

Sin otro particular me suscribo de usted, reiterándole las más sinceras muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



OTAR
IPSB
Luz Dayanna Espinoza Cortez
TÉCNICA EN RADIOLOGÍA
LIC. 4007-14/PER.S.D.F.1400-19/PER.000