



# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 713 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 22 MAR. 2022

**VISTO:** el Memorando N°1296-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 14 de marzo de 2022; Nota Informativa N°051-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 14 de marzo de 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 N°26842, Ley General de la Salud, establece en su Título Preliminar, considerando II lo siguiente: *La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla*; es así que en su considerando VI precisa: "(...) **Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.** (...)";

Que, mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objetivo es establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

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





# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 713 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 22 MAR. 2022

el de garantía y mejora para lo que se ha implementado una serie de procesos, entre ellos el de seguridad del paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N°889-2007/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el **proceso de Auditoría** del Caso de la Calidad de la Atención en Salud", cuyo fin es contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales en la prestación de la atención en los establecimientos del Sector Salud;

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 Nota Informativa N°051-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 14 de marzo de 2022, 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 MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022** y la conformación del **EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022;**

Que, mediante Memorando N°1296-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 14 de marzo de 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 ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022** y la conformación del **EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022;**

Que, el presente **PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022**, 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





# RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 713 -2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 22 MAR. 2022

de los procesos asistenciales y administrativos de atención, en aras de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos";



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 MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022** y la conformación del **EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 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 MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022**, quedando integrado por los siguientes miembros:

EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022	
TÉC. ENF. JUAN FRANCISCO PIZARRO TAPIA	JEFE DE LA MICRO RED ROQUE
TÉC. ENF. LIDIA CAHUAZA UTIA	JEFE DE RECURSOS HUMANOS
MÉD. CIRUJ. GLADYS HEREDIA MEJÍA	RESPONSABLE DE EPIDEMIOLOGÍA
OBSTA. JHON KENNY PEREZ CHUQUICAHUA	COORDINADORA DE MATERNO
TÉC. ENF. GLORIA CAHUAZA BRICEÑO	RESPONSABLE DE PROMSA
TÉC. INF. WILMER LEÓN RAMIREZ	RESPONSABLE DE O.G.I.
LIC. ENF. YESENIA MARGARITA MOLINA MINAYA	COORDINADORA DE ETAPA VIDA NIÑO
TÉC. LAB. GERLI SABOYA LINARES	RESPONSABLE DE LABORATORIO
OBSTA. MADELEYNE HERNÁNDEZ RAMIREZ	RESPONSABLE DE REF-CON
TÉC. FARM. ANSELMO CRUZ GONZALES	RESPONSABLE DE FARMACIA
ING. AMB. ELMER MONDRAGÓN RAMIREZ	RESPONSABLE DE SALUD COLECTIVA Y AMBIENTAL
TÉC. ENF. EMER SABOYA LINARES	RESPONSABLE DE LOGÍSTICA

**ARTÍCULO SEGUNDO. - APROBAR el PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MICRO RED DE SALUD ROQUE 2022**, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO TERCERO. - DISPONER** que los referidos responsables, actúen y decidan en forma colegiada y autónoma, siendo sus miembros los responsables solidariamente en los actos y decisiones que asuman.

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

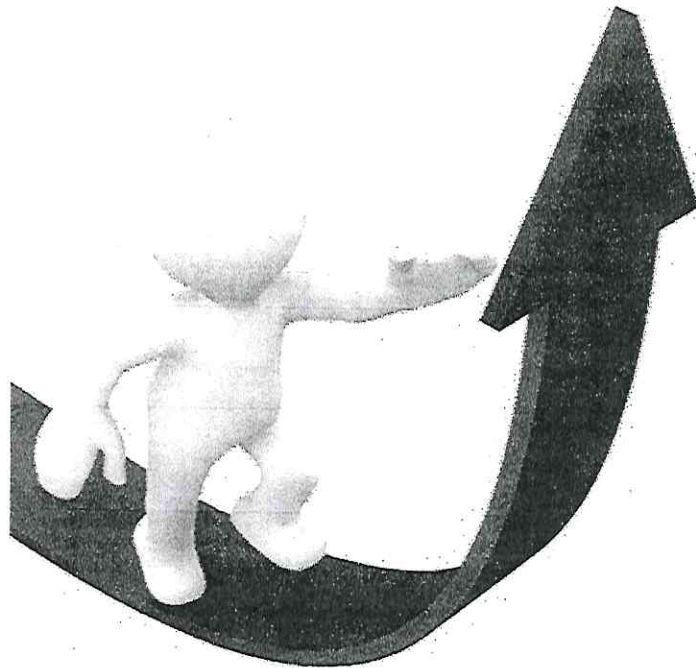
Regístrese, comuníquese y cúmplase;



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
U.E. 001 - CALVO ALTO MAYO - O.G.E.S.S.  
M.C. Julio E. Alcantara Longo  
DIRECTOR

*Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional*

**"PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD" MICRO RED  
ROQUE - 2022**



*Med. Ciruj. GLADYS HEREDIA MEJIA  
Responsable de Gestión de la Calidad  
FEBRERO - 2022*

## INDICE

I.- INTRODUCCION.....	3
II.- JUSTIFICACION.....	4
III. BASE LEGAL.....	4
IV. FINALIDAD.....	7
V. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	7
VI. OBJETIVOS.....	12
VII. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.....	13
VIII. ACTIVIDADES A DESARROLLAR SEGUN OBJETIVOS Y LINEA DE ACCION.....	13
IX. AMBITO DE APLICACIÓN.....	13
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD.....	14



## **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 consecuencias 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 Auditoría Médica 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 la Micro red Roque.

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.

## **III. BASE LEGAL:**

- ❖ Ley Nº 26842 - Ley General de Salud.
- ❖ Ley Nº 29344 - Ley de Aseguramiento Universal en Salud.
- ❖ Ley Nº 27657 - Ley del Ministerio de Salud.

- ❖ Ley N° 27813 - Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ❖ Ley N° 27444 - Ley General de "Procedimientos Administrativos".
- ❖ Ley N° 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- ❖ Ley N° 29414 - Ley que "Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud".
- ❖ Ley N° 30023 - Ley que establece el 13 de Agosto día Nacional de Salud y el Buen Trato al Paciente.
- ❖ Decreto Supremo N° 013- 2006 - MINSA: Reglamento de establecimientos de Salud y servicios Médico de Apoyo.
- ❖ Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el "Reglamento de la Ley 29344, ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud".
- ❖ Decreto Supremo N° 054- 2011 - PCM que aprueba el Plan Bicentenario "El Perú hacia el 2021
- ❖ Decreto Supremo N° 0113-2006SA Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios de Apoyo
- ❖ Decreto Supremo N° 027- 2016 que aprueba la Ley 29414 que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 030-2016 que aprueba el Reglamento para la Atención de los Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradores de fondos de Aseguramiento de Salud IAFAS, IPRESS, UGIPRESS publicas privadas y mixtas.
- ❖ Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 47 - 2004-DGSP/MINSA- V.01 "Lineamientos para la Organización Y Funciones de la Estructura de Calidad de los Hospitales del Ministerio de Salud"
- ❖ Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, que aprueba la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, NT N°029-MINSA/DGSP-V.01 del 23 de junio del 2005.
- ❖ Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la "Conformación del Comité técnico para la Seguridad del paciente".
- ❖ Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para Seguridad del Paciente - 2006-2008".
- ❖ Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, del 15 de julio del 2016 que aprueba la Norma Técnica N° 029 - MINSA/DIGEPRES. V.02.







- ❖ *Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM "Sistema de Gestión de la Calidad"*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 456- 2007 – MINSA: Norma Técnica de Salud para la*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 640-2006-/MINSA que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad"*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 527-2011-/MINSA que aprueba el "Guía Técnica para la Evaluación para la satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 603-2007-/MINSA que aprueba el "Directiva Administrativa que Regula el Procedimiento para la Atención de Consultas, Sugerencias, Quejas, Solicitudes de Interposición de Buenos Oficios y Consejería de la Defensoría de la Salud y Transparencia del ministerio de salud".*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 270-2009-/MINSA Guía técnica del Evaluador para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 727-2009-/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"*
- ❖ *Resolución Ministerial N° 596- 2007/ MINSA que aprueba el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.*
- ❖ *Resolución 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 Atención en Salud.*
- ❖ *RM N° 041-2005/MINSA, Directiva para el funcionamiento del Equipo de Gestión de la Calidad en las Direcciones de Salud.*

**MISION.** *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 Distrito de Alonso de Alvarado Roque y el Alto Mayo.*

## **VISION.**

*Ser una Institución rectora y líder con recurso humano comprometido en la Micro Red de salud Roque, y personal 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 Distrito de Alonso de Alvarado Roque y el Alto Mayo.*

## **IV. FINALIDAD**

*Promover la calidad y la mejora continua en la prestación de los servicios de la salud, mediante la sistematización del proceso de auditoria en salud garantizar las buenas prácticas y mejora de la calidad de la atención.*



## **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 la Micro Red 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.

**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 brindo 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 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 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.

**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

**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 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.

**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.

**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.



**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 resolutive 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.



## **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 el establecimiento de salud Roque, garantizando a los usuarios externos una atención de calidad y mayor satisfacción.*
- 4. Implementar la auditoría de la calidad en la Micro Red Roque.*
- 5. Implementar proyectos de mejora continua de la calidad en la Micro Red Roque, 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 la Micro Red Roque, para la prevención, control y medición de infecciones asociadas a la atención.*
8. *Implementar mecanismos de autoevaluación y Acreditación en la Micro Red Roque.*

## **VII. COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

*Según Líneas de acción:*

- *Autoevaluación y Acreditación del EE.SS.*
- *Auditoría 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.**

- *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 para la verificación del cumplimiento del plan de Gestión de Calidad.*
- *Difundir la norma técnica de auditoría de la calidad.*
- *Conformar el comité de Auditoría de salud en la Micro Red Roque.*
- *Gestionar capacitación para el comité de Auditoría en Salud*
- *Diseñar proyectos de mejora continua de la calidad.*
- *Gestionar capacitación sobre diseño de proyectos de mejora.*

## **IX.- AMBITO DE APLICACIÓN**

*El presente Plan de Anual de Gestión de la Calidad 2022 es de aplicación en la Micro Red Roque*

## **FINANCIAMIENTO**

- *Recursos Ordinarios*
- *Donaciones y transferencias de la Red de salud Moyobamba – Gestión Sanitaria*



X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	META	RESPONSABLE
1	Conformación con RD del equipo de Gestión de la Calidad del Centro de Salud Roque.	X												1	Centro de Salud Roque
2	Elaboración de plan anual de Gestión de la Calidad.		X											1	Centro de Salud Roque
3	Elaboración de plan anual de Auditoría.		X											1	Centro de Salud Roque
4	Conformación del comité de Auditoría en salud.			X										1	Centro de Salud Roque
5	Implementación de la aplicación de la lista de chequeo de la cirugía segura de todas las intervenciones quirúrgicas.					X							X	2	Centro de Salud Roque
6	Monitoreo, supervisión y evaluación para la implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS			X			X			X			X	4	Centro de Salud Roque
7	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	Centro de Salud Roque
8	Monitoreo de la adherencia al lavado de manos en los diferentes servicios del Centro de Salud Roque.			X			X			X			X	4	Centro de Salud Roque
9	Elaboración de un proyecto de mejora continua de la calidad.		X											1	Centro de Salud Roque
10	Conformación del comité de mejora continua de la calidad.			X										1	Centro de Salud Roque
11	Participación activa de los establecimientos de salud 1-3 en la semana de la calidad de la Micro Red Roque.														Centro de Salud Roque
12	Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario Externo En Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización. Evaluación y análisis de resultados de Encuestas				X						X			2	Centro de Salud Roque
13	Evaluación y análisis de resultados de Encuestas					X							X	2	Centro de Salud Roque



**INFORME N° 138 – 2022 – IPRESS – A.A- ROQUE/J**

**PARA** : Med. Ciruj. JULIO EDMUNDO ALCANTARA RENGIFO.  
Director de la OGESS - Alto Mayo.

**DE** : Tec. Enf. JUAN FRANCISCO PIZARRO TAPIA.  
Jefe de la Micro Red – Roque.

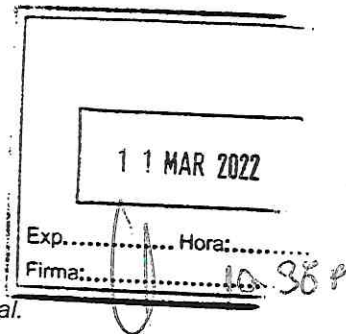
**ASUNTO** : ENVIO EQUIPO DE GESTION DE CALIDAD DE LA MR - ROQUE

**FECHA** : Roque, 07 de marzo del 2022.



Es grato dirigirme a Usted, para saludarle muy cordialmente a nombre de la IPRESS - Roque, y al mismo tiempo hacerlo llegar el **Comité del Equipo de Gestión de Calidad**, de la Micro Red Roque, según detalle a continuación:

- Tec. Enf. JUAN FRANCISCO PIZARRO TAPIA  
Jefe de la Micro Red Roque.
- Tec. Enf. LIDIA CAHUAZA UTIA.  
Jefe de Recursos Humanos
- Med. Cirj. GLADYS HEREDIA MEJIA.  
Responsable de Epidemiología.
- Obst. JHON KENNY PEREZ CHUQUICAHUA.  
Coordinadora de Materno
- Tec. Enf. GLORIA CAHUAZA BRICEÑO.  
Responsable de PROMSA.
- Tec. Inf. WILMER LEON RAMIREZ.  
Responsable de O.G.I
- Lic. Enf. YESENIA MARGARITA MOLINA MINAYA  
Coordinadora de Etapa Vida Niño.
- Tec. Lab. GERLI SABOYA LINARES.  
Responsable de Laboratorio.
- Obst. MADELEYNE HERNANDEZ RAMIREZ.  
Responsable de REF – CON.
- Tec. Far. ANSELMO CRUZ GONZALES.  
Responsable de Farmacia.
- Ing. Amb. ELMER MONDRAGON RAMIREZ.  
Responsable de Salud Colectiva y Ambiental.
- Tec. Enf. EMER SABOYA LINARES  
Responsable de Logística.



Es todo cuanto tengo que informarle a usted, para su conocimiento y demás fines.

Atentamente.



Juan Francisco Pizarro Tapia  
JEFE DE LA M.R. - ROQUE  
DNI: 80217128

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL  
TRÁMITE DOCUMENTARIO

Fecha 11-03-22  
Reg. 703  
Peso UEP

Firma del Jefe