



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 370-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 28 de febrero de 2022.

VISTO: el Memorando N°738-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 10 de febrero del 2022; Nota Informativa N°27-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 10 de febrero de 2022; Informe N°088-2022-MRSS-S/J, de fecha 21 de enero del 2022; Informe N° 092-2022-MRSS-S/J, de fecha 24 de enero del 2022, **PLAN DE TRABAJO ANUAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD y CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR SORITOR 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;

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



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 370-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 28 de febrero de 2022.

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/DIRESA-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 Informe N°088-2022-MRSS-S/J, de fecha 21 de enero del 2022, y el Informe N° 092-2022-MRSS-S/J, de fecha 24 de enero del 2022, el Jefe de la MR de Soritor, 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 SORITOR 2022;**

Que, mediante Nota Informativa N°27-2022-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 SORITOR 2022;**

Que, con Memorando N°738-2022-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 EQUIPO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR SORITOR 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 SORITOR 2022**, tiene como objetivo 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 Soritor, respondiendo a las legítimas prioridades establecidas por la población”;



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 370-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 28 de febrero de 2022.

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 SORITOR 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 SORITOR 2022, quedando integrado por los siguientes miembros:

<i>Nombres y Apellidos</i>	<i>Profesión</i>	<i>Cargo</i>
GLADIS DÍAZ TUNJAR	Psicóloga	RESPONSABLE
MILAGRITOS MELÉNDEZ RÍOS	Obstetra	INTEGRANTE
JUANITO BAZÁN AGUIRRE	Lic. Enfermería	INTEGRANTE
ALAN STUART E. ALVA ADRIANZÉN	Médico	INTEGRANTE

Artículo Segundo.- APROBAR el PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR SORITOR 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 resolutorio 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. Alcatraz Bongifo
DIRECTOR

INFORME N° 088-2022-MRSS - S/J.

A : M.C. JULIO EDMUNDO ALCANTARA RENGIFO
Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo

DE : Tec. Enf. HERBERT CULQUI HERRERA
Jefe de la Micro Red de Salud Soritor

ASUNTO : Hago llegar Plan de Trabajo Anual de Gestión de Calidad 2022

ATENCIÓN : Coordinadora de Gestión de Calidad OGESS-AM.

REF. : MEMORANDO MULT. N° 106-2022-DIRESA-D-OGESS-AM/DGP.

FECHA : Soritor, 21 de Enero del 2022.



Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente a la vez hacerle llegar el Plan de Trabajo Anual de Gestión de Calidad correspondiente al año 2022, de la Micro Red de Salud de Soritor, el mismo que será ejecutado cumpliendo las metas programadas.

Adjunto:

Plan de Trabajo Anual de Gestión de Calidad 2022.

Es todo cuanto informo a usted para los fines que estime conveniente.

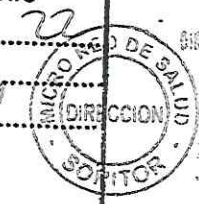
Propicia es la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

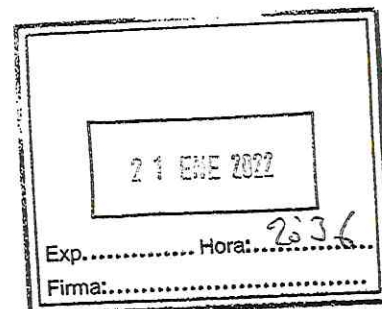
DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL
TRÁMITE DOCUMENTARIO

Fecha: 21-01-22
Reg.: 216
Pase: Calcedo

Firma del Jefe

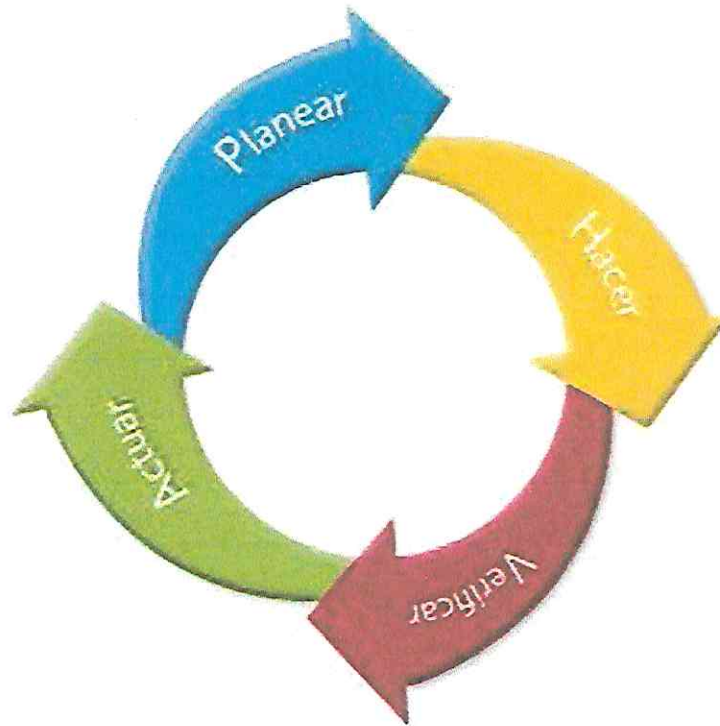


DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD ALTO MAYO
Tec. Enf. Herbert Culqui Herrera
JEFE DE LA MICRO RED - SORITOR
DNI: 00002000





PLAN ANUAL DE GESTION DE CALIDAD 2022



Lic. Gladis Díaz Tunjar
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 42057

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	FINALIDAD	4
IV.	OBJETIVO	4
4.1.	Objetivo General.....	4
4.2.	Objetivo Especificos.....	4
V.	BASE LEGAL.....	5
VI.	MISIÓN DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	7
VII.	VISIÓN DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	7
VIII.	COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.....	7
8.1.	Valores del Centro de Salud Soritor.	8
8.2.	Principios del Plan Estratégico Institucional de la Centro de Salud Soritor.....	9
8.3.	Políticas Institucional del Centro de Salud Soritor	9
8.4.	Principios de Calidad del centro de salud Soritor.....	10
IX.	DEFINICIONES OPERATIVAS.....	11
X.	COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	21
XI.	ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.	21
XII.	RECURSOS.....	21
XIII.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	22
XIV.	FINANCIAMIENTO	22
XV.	RESPONSABILIDADES.....	22
XVI.	MONITORES Y EVALUACIÓN	22



I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han venido desarrollando diversos esfuerzos por el MINSA, en el marco de la Política Nacional de la Calidad. La calidad de la atención en salud consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos. El grado de calidad, es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgo y beneficios

La calidad de atención en salud es multidimensional, siendo el desempeño técnico, el acceso a los servicios, la efectividad de la atención, la eficiencia de la entrega de servicios, las relaciones interpersonales, la continuidad de los servicios, la seguridad, la elección, la infraestructura física y la comodidad, las dimensiones que se deben hallar presentes en toda atención de salud brindada a pacientes.

En este sentido la satisfacción del paciente constituye uno de los más versátiles indicadores de calidad, por ser una medida de los resultados de la atención y un predictor de la fidelización del cliente. La atención de urgencias y emergencias sanitarias ocupa un lugar destacado en el sistema de salud, tanto por el volumen de demanda como por la trascendencia social de esta actividad.

La atención a situaciones de emergencia, es prioritario por el crecimiento imparable de la demanda de atenciones de emergencias, el volumen de recurso que consumé y por el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial durante los 365 días al año, las 24 horas del día. La oficina de Gestión de la Calidad del Centro de Salud Soritor, ha elaborado el presente plan, a fin de desarrollar actividades que tienen como objetivo final brindar servicios de calidad y seguridad a nuestros usuarios de salud.

II. JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención en salud es definida como la provisión de servicio de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficio, riesgo y costo con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios.

Los beneficios y riesgo a la que hace alusión esta definición están referidas a brindar la atención con los máximos beneficiarios con el menor riesgo posible, basado en el conocimiento de la evidencia científica.

La calidad de atención en salud incorpora como eje central, al usuario, orientando las acciones hacia la mejora continua, considerando las dimensiones de calidad, tales como la calidad técnica, humana y la del entorno, sumado a ellos el despegue de estrategias en base a los componentes de calidad de atención que son planificación, organización, garantía y mejora continua y finalmente lo relacionado al componente de información para la calidad que incorpora la atención del usuario en base a la escucha activa de sus reclamos.

En tal sentido el presente documento técnico denominado Plan de Gestión de Calidad 2022 del centro de salud Soritor, busca contribuir en la mejora de la calidad de atención en los servicios asistenciales y administrativos el mismo que se encuentra concordante con el plan operativo anual 2022.

III. FINALIDAD

Promover y mejorar la calidad de Atención y satisfacción de los usuarios internos y externos del centro de salud Soritor.

IV. OBJETIVO

4.1. Objetivo General

Contribuir en la mejora de los procesos de atención en salud a través de la implementación componentes del sistema de gestión de calidad.

4.2. Objetivo Específicos

1. Fortalecer la cultura de la calidad y mejora continua en los diferentes servicios del hospital a través de capacitaciones, acciones de mejora, proyectos e investigaciones en calidad.
2. Identificar incomodidades en el proceso de atención a través de las auditorias de la calidad de atención en salud.
3. Establecer acciones para la gestión del riesgo y la seguridad del paciente a través de las buenas prácticas en seguridad de la atención, sostenibilidad de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad del paciente y rondas de seguridad del paciente.
4. Contribuir a la gestión de las relaciones con usuarios externo a través de la promoción de los derechos, difusión de los derechos del usuario, medición de la



satisfacción del usuario externo, atención de los reclamos y otras mediciones para identificación de oportunidades de mejora.

5. 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.
6. Implementar la auditoria de la calidad en salud en el establecimiento de la salud Soritor.

V. BASE LEGAL

- ❖ Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- ❖ Ley N° 29344 - Ley de Aseguramiento Universal en Salud.
- ❖ Ley N° 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.



Lic. Gladis Díaz Tunjar
PSICÓLOGA
C.P.S.P. 42057

- ❖ 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

VI. MISIÓN DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

“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”.

Ofrecer una atención personalizada que permita identificar sus necesidades y adoptar la mejor solución posible en cada caso.

Planificar adecuadamente los procesos clave con el fin de conseguir su eficiente y eficaz realización.

Potenciar el desarrollo personal y profesional de las personas que constituyen el Servicio, como principal motor de excelencia

Medir periódicamente los niveles de calidad percibidos por nuestros usuarios para mejorar continuamente nuestros servicios.

VII. VISIÓN DEL SERVICIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

“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 evidencias confiables de mejores sustanciales en la atención percibida con satisfacción por los actores “.

VIII. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

Los representantes y autoridades del centro de salud Soritor, reflejan el compromiso institucional a través de la formulación de políticas y objetivos de calidad conducentes a la mejora continua, que guían su accionar en torno a la calidad de los servicios que brinda,

éstas se traducen en acciones e indicadores que permiten medir los niveles de logro del establecimiento de salud.

8.1. Valores del Centro de Salud Soritor.

Cuadro 1. Valores del Centro de Salud Soritor

N.º	VALOR	DESCRIPCIÓN
Valor 1	Respeto	Tratamos a los pacientes como individuos y respeta su dignidad, se muestra cortesía y consideración así mismo respetamos su derecho a la confidencialidad y trabajamos en colaboración con los pacientes
Valor 2	Responsabilidad	La responsabilidad implica tener la capacidad de cumplir con unos compromisos concretos, por tanto, es importante establecer algunas normas de convivencia común con el objetivo de que cada uno cumpla con sus responsabilidades. La honestidad también juega un rol importante para el médico y otros profesionales de la misma especialidad
Valor 3	Honestidad	El ser honesto en una institución de salud exige coraje para decir siempre la verdad y obrar en forma recta y clara. Es una forma de vivir congruente entre lo que se piensa y lo que se hace.
Valor 4	Humildad	La humildad es difícil de encontrar en la actualidad, cuando vivimos en una sociedad llena de egoísmo. Es más común ser individualista y egoísta que humilde. Quien sea humilde conoce sus propias limitaciones y debilidades. Es capaz de restar importancia a los logros personales y de reconocer sus defectos y errores.
Valor 5	Tolerancia	Es un valor importante en el fortalecimiento de las instituciones formadoras de capital humano, porque forma actitudes de respeto de las opiniones, ideas y actitudes de las demás personas aunque no coincidan con las propias.
Valor 6	Trabajo en equipo	Es una competencia blanda como valor fundamental para crear empoderamiento en las personas y el fortalecimiento organizacional e institucional.



Valor 7	Transparencia	Es una actitud y comportamiento que en las personas e instituciones genera confianza en el desarrollo de sus acciones y compromisos.
---------	---------------	--

8.2. Principios del Plan Estratégico Institucional de la Centro de Salud Soritor.

Cuadro 2. Principios del Plan Estratégico Institucional del Centro de Salud Soritor.

Nro.	PRINCIPIO	DESCRIPCIÓN
Principio 1	Eficiencia	Brinda calidad en cada una de las funciones a su cargo, procurando obtener un servicio sólido y permanente.
Principio 2	Ética	Egresados enmarcados en principios éticos, que distinguen de lo bueno, malo, obligatorio y lo permitido en referencia a una acción o toma de decisión.
Principio 3	Imparcialidad	Gobierno con imparcialidad sin intereses de por medio, logrando una calidad de gestión y desarrollo de la UNAS
Principio 4	integridad	Profesionales íntegros con cualidades de pensamiento, comportamiento, ideas, creencias y forma de actuar positivo que lo hace diferente de otro
Principio 5	Innovación	Capacidad para introducir cambios novedosos, generando y creando ideas para posibles soluciones

8.3. Políticas Institucional del Centro de Salud Soritor

Cuadro 3. Políticas Institucional del centro de salud Soritor.

Nº	POLÍTICA INSTITUCIONAL
1	Gestión estratégica de calidad
2	Gestión institucional para lograr una formación integral y una extensión y proyección con responsabilidad social.
3	Investigación formativa, científica, tecnológica e inversión.
4	Extensión y proyección con responsabilidad social.
5	Desarrollo de infraestructura, equipamiento y mantenimiento para un adecuado soporte.

6	Liderazgo, posicionamiento y mayor conectividad con los grupos de interés.
---	--

8.4. Principios de Calidad del centro de salud Soritor.

Los valores y principios institucionales del Cuadro 1 y Cuadro 2 respectivamente, fundamentan el accionar del centro de salud Soritor en términos de una relación dinámica y holística, para generar cambios sistémicos y sostenibles. Es en este marco el centro de salud Soritor define 7 Principios de Calidad, basados en la Norma ISO 9001:2015, como se muestra en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Principios de calidad del centro de salud Soritor, basado en ISO 9001:2015.

Nº	PRINCIPIO DE CALIDAD	DESCRIPCIÓN
1	Liderazgo	Los líderes del C.S.S, conducen las acciones en torno a los propósitos institucionales, generando condiciones para la consecución de los objetivos de calidad.
2	Enfoque basado en procesos	El C.S.S, asegura la calidad del servicio en salud, a través de actividades interrelacionadas, orientados a generar valor agregado con un enfoque al usuario.
3	Enfoque al cliente	El C.S.S gestiona la calidad del servicio educativo para cumplir los requisitos del cliente y esforzarse en superar sus expectativas.
4	Toma de decisiones basada en evidencia	El C.S.S toma decisiones fundamentadas en el análisis y evaluación de datos e información, como resultado de los procesos estratégicos, clave y de apoyo, generando resultados esperados y deseados.
5	Compromiso de las personas	El C.S.S, valora al personal en todos sus niveles, a través del reconocimiento, empoderamiento y la mejora de sus competencias, para garantizar el compromiso y asegurar la generación de valor en los objetivos de la calidad de la institución.
6	Mejora	El C.S.S, gestiona la mejora del desempeño de los procesos académicos y administrativos, para crear nuevas oportunidades.
7	Gestión de las relaciones	El C.S.S, gestiona las relaciones con sus grupos de interés, a través de la obtención de nuevos requisitos, para mejorar el desempeño institucional y de sus grupos de interés pertinentes.



IX. 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 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 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.



Lic. Gladis Díaz Tunjar
PSICÓLOGA
C.P.S.P. 42057

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 los 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 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 las 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).



Lic. Gladis Díaz Tunjar
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 42057

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.

X. 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.

XI. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION.

1. Coordinación permanente con la unidad funcional de gestión de operaciones OGES.
2. Coordinación periódica con la oficina de Gestión de Calidad de la OGES.
3. Coordinación con la dirección del centro de salud.

XII. RECURSOS

- Recursos humanos
Apoyo para la contratación de un médico auditor.
- Recursos financieros:
Asignación presupuestal para el cumplimiento de indicadores de Gestión de Calidad.
- Recursos materiales.
Un escritorio, una silla, una laptop o PC, una impresora, 2 tóner por mes, 2 millares de hoja bon A4. Y útiles de oficina.



XIII. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El plan de Gestión de la calidad abarcará a los servicios asistenciales y administrativo del centro de salud Sor VBGT5itor.

XIV. FINANCIAMIENTO

Recursos ordinarios.

XV. RESPONSABILIDADES

La oficina de gestión de calidad del centro de salud Soritor supervisa monitoreo y evalúa las actividades del presente plan según los componentes del sistema de gestión de calidad.

XVI. MONITORES Y EVALUACIÓN

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realiza el seguimiento trimestral y se elaborará informes semestrales del avance del plan de gestión de calidad de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos.

1. Porcentaje del avance del plan del sistema de gestión de calidad.
2. Porcentaje del cumplimiento del plan de auditoria.
3. Porcentaje del avance del plan de seguimiento de pacientes
4. Cumplimiento del plan de autoevaluación.
5. Porcentaje de satisfacción del usuario externo.
6. Avance d ellos indicadores de calidad de atención.
7. Atención de los reclamos con respuesta en el tiempo establecido.





N°	COMPONENTE DEL SGS	ACTIVIDADES	UNI MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	META	RESPONSABLE
1	Planificación	Elaboración de Plan Anual de Gestión de calidad de la RIS Conformación con RD del equipo de Gestión de la calidad del centro de salud Soritor	Plan aprobado	X												1	Centro de salud Soritor y RIS
2	Garantía y mejora: seguridad del paciente	Aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en los centros quirúrgicos. (Informe de análisis)	Informe						X						X	2	Centro de salud Soritor y RIS
3	Garantía y mejora: seguridad del paciente	Aplicación de la encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad a cargo del conductor. (Informe y análisis)	Informe						X						X	2	Centro de salud Soritor y RIS
4	Garantía y mejora seguridad del paciente.	Consolidados de los registros, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos en salud.	Informe						X						X	2	Centro de salud Soritor y RIS
5		Realización de análisis del evento adversos incidentes	Informe	X								X				4	Centro de salud Soritor y RIS
6	Garantía y mejora: seguridad del paciente	Ejecución de las rondas de seguridad al paciente	Plan RD	X												1	Centro de salud Soritor y RIS
7		Implementación de la metodología para la Elaboración de proyectos de mejora continua y uso de herramientas para la gestión de la calidad	Informe						X						X	2	Centro de salud Soritor y RIS
8		Monitoreo y supervisión de la adherencia de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe						X					X		2	Centro de salud Soritor y RIS
9		Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de las rondas de seguridad del paciente en los establecimientos de salud.	Informe							X					X	2	Centro de salud Soritor y RIS
10		Implementación de la Autoevaluación del proceso de acreditación de establecimientos de salud que conforman la red integral de salud	Informe									X				1	Centro de salud Soritor y RIS
11		Evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud que conforma la red integral de salud.	Informe											X		1	Centro de salud Soritor y RIS
12		Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario Externo En Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.	Encuesta		X											2	Centro de salud Soritor y RIS
13		Evaluación y análisis de resultados de Encuestas	Informe						X						X	2	Centro de salud Soritor y RIS
14		Medición de satisfacción del usuario de emergencia	informe									X				1	Centro de salud Soritor y RIS



Lic. Gladis Díaz Tunjar
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 42057

RECIBIDO
 25 ENE 2022
 HORA: 12:28
 INFORME N° 092-2022-MRSS - S/J.

OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO

MICRO RED DE SALUD SORITOR

AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL

012-2022 093598

A : M.C. JULIO EDMUNDO ALCANTARA RENGIFO
 Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo

DE : Tec. Enf. HERBERT CULQUI HERRERA
 Jefe de la Micro Red de Salud Soritor

ASUNTO : Hace llegar Nombres del Equipo de Calidad de MR Soritor

REF. : MEMORANDO MÚL. N° 127-2022-DIRESA-D-OGESS-AM/DGP:

FECHA : Soritor, 24 de Enero del 2022.

OGESS-ALTO MAYO
 RECEBIDO TRÁMITE
 DOCUMENTARIO ÚNICO
 24 ENE 2021
 1:50 pm
 FIRMA:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente a la vez hacerle llegar la Relación de los trabajadores del Equipo de Calidad de la Micro Red de Salud Soritor que se menciona líneas abajo, para los fines correspondientes

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	PROFESIÓN	CELULAR	CORREO	CARGO
Gladis Díaz Tunjar	45102034	Psicóloga	961757841	Gdiaz88@gmail.com	Responsable
Milagritos Meléndez Ríos	00837181	Obstetra	952277048	moniquitamelendez@gmail.com	Integrante
Juanito Bazán Aguirre	40775400	Lic. Enfermería	96849805	juan_bazán12@hotmail.com.pe	integrante
Alan Stuart E. Alva Adrianzen	18055085	Médico	939764052	stuartalvaadrianzen@gmail.com	integrante

Es todo cuanto informo a usted para los fines que estime conveniente.

Propicia es la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

DIRECCIÓN DE GESTIÓN PRESTACIONAL
 TRÁMITE DOCUMENTARIO
 Fecha: 25-01-22
 245
 Jefe



Tec. Enf. Herbert Culqui Herrera
 JEFE DE LA MICRO RED - SORITOR
 DNI: 00892003

TRÁMITE DOCUMENTARIO OGESS-ALTO MAYO
 DPG. DGP. HMO. DIR.
 DRI. JAL. HRI. SEG.
 DGS. JCI. URI. OTR.
 CONOCIMIENTO DAR TRÁMITE
 DAR RESPUESTA OPINIÓN
 Observación:
 Fecha: 24/01/2022
 DIRECTOR