



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

### N° 558-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 02 de marzo de 2022.

**VISTO:** el Memorando N° 744-2022-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 10 de febrero del 2022; Nota Informativa N° 32-2022-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 10 de febrero de 2022; Informe N° 36-2022-JMRS-Y-2022, de fecha 26 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 YANTALÓ 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° 558-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 02 de marzo 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°36-2022-JMRS-Y-2022, de fecha 26 de enero del 2022, 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 YANTALÓ 2022;**

Que, mediante Nota Informativa N°32-2022-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 YANTALÓ 2022;**

Que, con Memorando N°744-2022-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 YANTALÓ 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 YANTALÓ 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 Yantaló, respondiendo a las legítimas prioridades establecidas por la población";





## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

### N° 558-2022-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 02 de marzo 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 YANTALÓ 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 YANTALÓ 2022,** quedando integrado por los siguientes miembros:

Nombres y Apellidos	Profesión	Cargo
TESSY SAMANTHA CASTAÑEDA TORREJÓN	Médico Cirujano	Responsable del Área de Medicina
JENIFER VANESA CHUNG AGUILAR	Cirujano Dentista	Responsable de Gestión de la Calidad
DAMARIS RUÍZ CARBAJAL	Obstetra	Responsable del Área de Obstetricia
DANIEL ROMÁN MUÑOZ	Licenciado Enfermería	Responsable del Área de Enfermería
DAVID LANDA ESCOBEDO	Cirujano Dentista	Responsable del Área de Salud Bucal
GERSON J. IBERICO RUÍZ	Ingeniero Ambiental	Responsable del Área de Salud Ambiental y Colectiva
GABRIELA DEL ÁGUILA TAFUR	Licenciada Psicología	Responsable del Área de Psicología

**Artículo Segundo.- APROBAR el PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA MR YANTALÓ 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. Alcántara Bengifo  
DIRECTOR

# **PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

## **2022**



**M.R.S YANTALÓ**

## **CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD DE LA MICRO RED DE SALUD YANTALÓ**

**1.- M.C Tessa Samantha Castañeda Torrejon**

Responsable del área de Medicina

**2.- C.D Jenifer Vanesa Chung Aguilar**

Responsable de Gestión de la Calidad

**3.- Obst. María Del Carmen Ríos Paredes**

Responsable del área de Obstetricia

**4.- Lic. en Enf. Daniel Román Muñoz**

Responsable del área de Enfermería

**5.- C.D David Landa Escobedo**

Responsable del área de Salud Bucal

**6.- Ing. Amb. Gerson J. Iberico Ruíz**

Responsable del área de Salub Ambiental y Colectiva

**7.- Lic. en Psic. Gabriela Del Águila Tafur**

Responsable del área de Psicología

## ÍNDICE

	<b>Página:</b>
1. Introducción.....	04
2. Misión y Visión.....	05
3. Ámbito y Alcance.....	06
4. Base legal.....	06
5. Objetivos.....	06
6. Resultados.....	07
7. Componentes.....	07
8. Estrategias.....	09
9. Productos.....	09
10. Líneas de acción.....	10
11. Monitoreo y Evaluación.....	11
12. Cronograma.....	11



## **1.- INTRODUCCIÓN:**

La mejora en la prestación de los servicios de salud es uno de los principales objetivos del sistema de salud, pero no el único, en realidad el objetivo de mejorar los servicios de salud tiene dos vertientes: Alcanzar el mejor nivel posibles (el sistema debe ser bueno), por otro lado se debe procurar que existan las menores diferencias posibles entre las personas y los grupos (es decir el sistema debe ser equitativo). En este sentido un sistema de salud es bueno si responde bien a lo que la gente espera de él, y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación.

En este marco la Organización Mundial de la Salud OMS para la evaluación de los logros de los sistemas de salud establece 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 Micro Red de Salud Yantaló a través de la Ogesa Alto Mayo Moyobamba en coordinación con la Dirección Regional de Salud San Martín.

Sin embargo aún se requiere fortalecer los esfuerzos que se vienen desarrollando para su implementación en las entidades prestadoras de salud que permita mostrar evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención y que estas sean percibidas con satisfacción por la población y las propias instituciones.

La Micro Red de Salud Yantaló, viene implementando el Sistema de Gestión de la Calidad en salud en cumplimiento a las normas establecidas por el órgano rector que es el Ministerio de Salud y en un marco de descentralización del país, nos corresponde establecer criterios mínimos de desempeño que permitan garantizar la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud del ámbito de nuestro distrito.

Por esta razón resulta necesario la elaboración e implementación de un Plan anual de Gestión de la Calidad que permita a través de un conjunto de actividades operativizar el desarrollo del sistema de gestión de la calidad en cada uno de los servicios con la atención de salud de la población, contribuyendo a generar una cultura de calidad, que promueva un aprendizaje compartido y permanente para la mejorar, incorporando en estos esfuerzos a los usuarios para la vigilancia de la calidad de los servicios, posicionando a esta como un Derecho a la Salud.

Para ello se facilita el uso de las herramientas para el mejoramiento continuo de la Calidad de Servicios de Salud en beneficio de los usuarios externos e internos y mejorar la satisfacción de los

mismos mediante la aleación de la Metodología de Mejora del Desempeño y la organización de los servicios como una prioridad.

### **BASES CONCEPTUALES**

**CALIDAD:** La calidad en salud tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud.

#### **DIMENSIONES DE LA CALIDAD**

**Dimensión Técnico- Científico:** Efectividad, Eficacia, Eficiencia, Continuidad, Seguridad, Integralidad

**Dimensión Humana:** Respeto a los derechos, Información completa, Interés manifiesto en la persona, Amabilidad, trato cordial, Ética,

**Dimensión del Entorno:** referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios

#### **ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA**

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se formula en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud y los principios de solidaridad, universalidad, calidad, integralidad, equidad, eficiencia y eficacia establecidos por el Ministerio de Salud y que se expresan en la visión y misión definidas para la presente década.

## **2.- MISIÓN y VISIÓN DEL ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **MISIÓN**

"Fomentar la prestación de servicios de salud oportunos, eficaces, no discriminatorios, éticos, humanos y accesibles a todas las personas, involucrando la participación activa de la comunidad, gobierno local y regional, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los usuarios".

### **VISIÓN**

"El Centro de Salud Yantaló para el año 2022 muestra indicadores que reflejan que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de la población del distrito de Yantaló, al desarrollar de manera activa procesos de mejoramiento continuo, cuenta con personal motivado y calificado y realiza actividades con la participación efectiva de la comunidad, gobierno local y regional, tiene como principio fundamental la equidad social.



### 3.- ÁMBITO Y ALCANCE

El presente Plan tiene como ámbito las diferentes Servicios Prestadores de Salud de la Micro Red de Salud Yantaló. En el presente año la gestión de la calidad está orientada y focalizada a desarrollar mayores acciones y/o intervenciones de calidad en los establecimientos de salud. En estos establecimientos se articula el trabajo de prestación de los servicios de salud con la mejora de la calidad y el mejoramiento del clima organizacional, ya que estos son aspectos claves a impulsar y desarrollar para asegurar una adecuada calidad de atención. También somos conscientes que este es un proceso lento pero gradual de mejoras y oportunidades a lograr.

Establecimiento de salud	Unidades prestadoras de servicios de salud
Centro de Salud I-3 Yantaló	Emergencia
	Consulta externa: Medicina, Obstetricia, Odontología, Enfermería.
	Farmacia
	Laboratorio

### 4.- BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA – Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA – Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Resolución Ministerial N° 041-2005/MINSA – Directiva para el funcionamiento del equipo de gestión de la calidad en las Direcciones de Salud.
- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA – Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.

### 5.- OBJETIVOS

#### 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 Yantaló, respondiendo a las legítimas prioridades establecidas por la población.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en todos los Servicios.

- Determinar el nivel de satisfacción del Usuario Externo y reporte a través del aplicativo de Su Salud.
- Desarrollar Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en base a resultados obtenidos en las mediciones realizadas (satisfacción del Usuario Externo, Autoevaluación, Adherencia de lavado de manos, Lista de chequeo de la cirugía segura).
- Promover y fortalecer una cultura de Seguridad del Paciente orientado a la Reducción de riesgos.
- Implementar la Auditoria de la Calidad de atención en Salud.
- Formalizar el funcionamiento del comité de Auditoría del Centro de Salud.
- Brindar un trato digno a los usuarios determinando los objetivos y actividades a implementarse en el recurso humano de los establecimientos de salud, en el marco de la Campaña por la Calidad y Seguridad en la atención, nuestro derecho.

## 6.- RESULTADO

Lograr la satisfacción de las personas que brindan el servicio y de los usuarios externos de los servicios de salud mediante una cultura de calidad en todos los niveles de la institución sensible a las necesidades de los usuarios, generando conocimientos de base y sistematización de experiencias en la conducción del sistema de gestión de la calidad.

## 7.- COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Según Líneas de acción:

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

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
ACREDITACIÓN DE EE.SS. La acreditación es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud; está basada en la comparación del desempeño del prestados 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; y se enfoca en la evaluación de algunos elementos de estructura, de una amplia gama de procesos y de algunos resultados.	FINALIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar y alcanzar a los usuarios externos los estándares de calidad en salud o servicio médico de apoyo para de esa manera alcanzar la acreditación del establecimiento de salud.</li> </ul>





<p><b>AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD.</b> La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud permite evaluar el Desempeño de los diversos actores en los procesos asistenciales, controlando el cumplimiento de normas y procedimientos establecidos para la atención de salud. La Auditoria tiene como finalidad fortalecer la función gerencial de control, a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicios de salud. Uno de los procesos más importantes de Auditoria de la Calidad en Salud es la Auditoria Médica, entendida como la evaluación de la atención médica prestada, contrastándola con guías de práctica clínica y estándares previamente aceptados, a partir del registro en la Historia Clínica.</p>	<p><b>FINALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la Calidad de la Atención poniendo mayor énfasis en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención en el establecimiento de salud.</li> <li>• Fortalecer e integrar las funciones generales institucionales para promover la calidad, la mejora continua en la atención de los servicios de salud.</li> </ul>
<p><b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b> 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. Mejorar la seguridad del paciente requiere de una ardua labor y el involucramiento de todo el personal, ya que requiere de la aplicación de una gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad de entrono y la gestión del riesgo incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidado sano.</p>	<p><b>FINALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a que el Establecimiento de Salud sea un lugar cada vez más seguros en la atención de los pacientes.</li> </ul>
<p><b>SATISFACCIÓN AL USUARIO EXTERNO</b> Proceso referido a la valoración de la calidad de la atención en los servicios de salud por el usuario, a través de las principales actividades del proceso de atención. 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 a una organización de salud.</p>	<p><b>FINALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para la implementación de acciones para la mejora continua en el establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo.</li> </ul>
<p><b>MEJORA CONTINUA</b> Se entiende por Mejora de la Calidad, al 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 lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario y en el marco de las normas del Sistema. Estas técnicas pueden ser manejadas por personas con una formación no especializada, lo que ha hecho que sean la base de las estrategias de resolución de problemas en los círculos</p>	<p><b>FINALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en el uso de herramientas técnicas para el mejoramiento continuo de la calidad y la elaboración de proyectos de mejora.</li> </ul>

de calidad y, en general, en los equipos de trabajo conformadas para realizar mejoras en actividades y procesos.	
TRATO DIGNO.  Las relaciones interpersonales entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios, asociadas a las variables que definen la accesibilidad al servicio, influyen en la percepción de los usuarios acerca de la calidad de los servicios recibidos	FINALIDAD.  Capacitar al personal de salud en aspectos de desarrollo personal y organizacional que le permitan elevar la calidad de atención brindada al usuario del establecimiento de salud.

## 8.- ESTRATEGIAS

### De organización:

Difusión de las bases conceptuales de la gestión de calidad a los directivos de las diferentes Servicios de la Institución.

Definición de la organización institucional que impulse el compromiso y la acción a favor de la calidad.

Articulación con todos los servicios para trabajar la Mejora continua de la Calidad.

### De Educación:

Sensibilización y capacitación del personal en la nueva filosofía, procesos, herramientas y técnicas necesarios para el cambio.

Fortalecimiento de capacidades de los equipos en los servicios en la implementación, planificación y el desarrollo de los procesos de mejora de la calidad.

### De Sostenibilidad:

Instalación de mecanismos de comunicación, asistencia técnica y apoyo en la implementación del sistema y mantener el interés y compromiso por el avance de sus componentes.

### De Reconocimiento:

Establecer mecanismos de reconocimiento al buen desempeño del personal y de los equipos de trabajo.

### De Evaluación y Monitoreo:

Implementación de procesos para el procesamiento, análisis y evaluación de la información para la calidad con énfasis en la perspectiva del usuario.

### De Investigación:

Impulso y apoyo a la investigación operativa que permita el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

## 9.- PRODUCTOS

- Equipo de Gestión de la Calidad del Centro de Salud Yantaló con capacidades fortalecidas en los procesos de Mejora Continua de la Calidad.
- Establecimientos de Salud realizan su autoevaluación de los macro procesos que expresan las oportunidades de mejora priorizados en el Centro de Salud Yantaló.



- Elaboración de Proyectos de Mejora continua de la Calidad en fase de implementación, desarrollados y ejecutados.
- Oficina de Orientación y defensoría del usuario (PAUS) con capacidades fortalecidas para el buen desempeño de sus funciones, que permitan encaminar las posibles soluciones a las quejas y sugerencias.
- Equipos de Calidad realizan auditorías de Historias clínicas que son informadas en forma mensual. Elaboran e implementan Planes de Seguridad del paciente.

## **10.- LINEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES PRINCIPALES**

### **Objetivo específico 01: Satisfacción del Usuario Interno y externo**

1. Aplicar la encuesta para medir la satisfacción del usuario externo.
2. Analizar los resultados encontrados y comparar con los hallazgos anteriores.
3. Implementar estrategias para satisfacer las necesidades expuestas.
4. Diseñar proyectos de mejora continua de la calidad.
5. Realizar auditorías de caso y de registros.

### **Objetivo específico 02: Cultura de la Calidad**

1. Incluir en el plan operativo del Centro de Salud Yantaló las actividades de gestión de la calidad.
2. Capacitar en diseño de proyectos de mejora continua al equipo de gestión de calidad de los Servicios del Centro de Salud Yantaló.
3. Socializar con todos los trabajadores del Centro de Salud Yantaló el plan de sistema de gestión de la calidad.
4. Difundir la norma técnica de auditoría de la calidad al equipo de Gestión de la calidad del Centro de Salud Yantaló.

### **Objetivo específico 03: Sistematización de experiencias**

1. Propiciar que se impulsen todas las experiencias exitosas adquiridas en la Micro Red de Salud Yantaló
2. Difundir técnicas de sistematización de experiencias al comité de Gestión de la calidad en la Micro Red de Salud Yantaló
3. Facilitar al equipo de Gestión de la calidad del Centro de Salud Yantaló la documentación de experiencias exitosas.
4. Estímulo para el equipo de Gestión de la Calidad que demuestre experiencia exitosa de la Micro Red de Salud Yantaló

## 11.- MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el monitoreo y evaluación de los procesos de mejora de la calidad, se usaran los siguientes indicadores:

- % de usuarios que refieren satisfacción por los servicios recibidos.
- % de Servicios con Planes de Mejora Continua.
- % de trabajadores de salud capacitados que aplican las competencias adquiridas para impulsar los procesos de auto evaluación y mejora continua de la calidad.
- N° de Servicios que difunden los derechos de los usuarios en salud.

## 12.- CRONOGRAMA

Nº	ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	META	RESPONSABLE
1	Conformación del Comité de Gestión de la Calidad.	X												1	Jefe y Responsable de Gestión de la Calidad de la M.R.S Yantaló.
2	Elaboración de plan anual de Gestión de la Calidad.	X												1	Jefe y Responsable de Gestión de la Calidad de la M.R.S Yantaló.
3	Conformación del comité de Auditoría de Caso y de Historias clínicas.		X											1	Jefe de la M.R.S Yantaló.
4	Elaboración de plan anual de Auditoría.		X											1	Comité de auditoría de la M.R.S Yantaló.
5	Implementación de la aplicación de la lista de chequeo de la cirugía segura de todas las intervenciones quirúrgicas.						X						X	2	Responsable de Gestión de la calidad de la M.R.S Yantaló.
6	Aplicación de encuestas de satisfacción al usuario Externo En Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.			X						X				2	Coordinadora de Gestión de la Calidad Ogess Alto Mayo-Moyobamba.
7	Evaluación y análisis de resultados de Encuestas.				X						X			2	Comité de Gestión de la Calidad de la M.R.S Yantaló.
8	Conformación del comité de mejora continua de la calidad.			X										1	Jefe y Responsable de Gestión de la Calidad de la M.R.S Yantaló.
9	Elaboración de un proyecto de mejora continua de la calidad.						X							1	Comité de mejora continua de la





**MICRO RED DE SALUD YANTALÓ**

**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES**

**"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"**

																calidad de la M.R.S Yantaló.
10	Conformación De Equipo de autoevaluación interna.	X														1 Jefe y Responsable de Gestión de la M.R.S Yantaló.
11	Elaboración del plan de autoevaluación en los servicios de la M.R.S Yantaló.		X													1 Comité de Gestión de Calidad de la M.R.S Yantaló.
12	Autoevaluación de los diferentes servicios de los servicios de la M.R.S Yantaló.					X										1 Comité de Autoevaluación y Responsable de Gestión de la calidad de la M.R.S Yantaló.
13	Monitoreo de la adherencia al lavado de manos en los diferentes servicios de la M.R.S Yantaló.							X						X		2 Responsable de Gestión de la calidad de la M.R.S Yantaló.
14	Conformación del Comité de las Rondas de Seguridad del Paciente.	X														1 Jefe y Responsable de Gestión de la Calidad de la M.R.S Yantaló.
15	Elaboración del Plan de Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente.	X														1 Responsable de Gestión de la calidad de la M.R.S Yantaló.
16	Monitoreo a los Diferentes Servicios por las Rondas de Seguridad.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10 Comité de Rondas de Seguridad de la M.R.S Yantaló.

ATENTAMENTE.

*V. Chung*  
-----  
C.D Jenifer V. Chung Aguilar  
Cirujano Dentista  
COP N° 46259

Responsable de Gestión de la Calidad

M.R.S Yantaló