



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 505 - 2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 10 de mayo 2021.

VISTO: Memorando N° 886-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 17 de marzo de 2021; Nota Informativa N° 0561-2021-DIRESA-OGESS-AM/DHII-IM, de fecha 12 de marzo de 2021; Nota Informativa N° 051-2021-D.H-II-IM/GCSSSP, de fecha 12 de marzo de 2021; y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a la Ordenanza Regional N° 021 - 2017 - GRSM/CR, de fecha 13 de octubre del 2017 que aprueba el nuevo Reglamento de Organizaciones y Funciones del Gobierno Regional de San Martín modificado mediante Ordenanza Regional N° 023-2018-GRSM/CR, de fecha 10 de setiembre del 2018, que resuelve APROBAR la modificación del Reglamento de Organización Funciones - ROF del Gobierno Regional de San Martín; en los términos del 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.I 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, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objeto 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, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", siendo su objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad

Exp. N° 012-2021993430.



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 505 - 2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 10 de mayo 2021.

en Salud, orientando a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, a través de Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, se aprobó la NTS N°050-MINSA/DGSPV.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, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, según Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, se aprobó el documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Directoral N°229-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 03 de marzo de 2021, se aprueba el Plan Anual de Gestión de la Calidad 2021 del Hospital II-I Moyobamba, cuya finalidad tiene como Objetivo General: "Mejorar la calidad de atención y fortalecer los procesos de mejora continua de la Calidad en Salud en los servicios del Hospital II-I Moyobamba, respondiendo a las legítimas prioridades establecidas por la población";

Que, con Nota Informativa N°051-2021-D.H-II-IM/GCSSSP, de fecha 12 de marzo de 2021, la Coordinadora de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud Seguridad del Paciente, solicita a la Dirección del Hospital II-I Moyobamba, que a través de su despacho se remita a la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo - OGESS AM, el Plan de Evaluación del Hospital II-I Moyobamba 2021, (09 folios) de acuerdo al Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado; para su conocimiento respectivo mediante Acto Resolutivo;

Que, mediante Nota Informativa N° 0561-2021-DIRESA-OGESS-AM/DHII-IM, de fecha 12 de marzo de 2021, la Dirección del Hospital II-I Moyobamba, remite a la

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Exp. N° 012-2021993430.



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 505 - 2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 10 de mayo 2021.

Dirección de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo – OGESS AM, el Plan de Evaluación del Hospital II-I Moyobamba 2021, para su reconocimiento mediante Acto Resolutivo;

Que, a través de Memorando N° 886-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 17 de marzo de 2021, la Dirección de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo – OGESS AM, autoriza a la Oficina de Asesoría Legal proyección de Acto Resolutivo sobre el Plan de Evaluación del Hospital II-I Moyobamba 2021;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos - administrativos a nivel institucional, así como para alcanzar objetivos y metas programadas, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Director del Hospital II-I Moyobamba;

Por las razones expuestas y con el visto bueno de la Dirección de Planificación, Gestión Financiera y Administración, el Jefe de la Oficina de Asesoría Legal; y el Director de la Oficina de Gestión de Servicio 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 del 2020;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR PLAN ANUAL DE AUTOEVALUACION 2021 DEL HOSPITAL II-I MOYOBAMBA, el mismo que es anexo adjunto, que forman parte de la presente resolución.

ARTICULO SEGUNDO.- NOTIFIQUESE, el presente acto resolutivo a las áreas correspondientes con el fin de dar cumplimiento a lo resuelto en la presente.

Regístrese y Comuníquese, y cúmplase



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
U.E. 401 - SALUD ALTO MAYO - OGESS

M.C. Julio E. Alcántara Rongifo
DIRECTOR

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

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN
DEL HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA**

2021

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MOYOBAMBA-PERÚ



PLAN DE AUTOEVALUACION HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

1. INTRODUCCION

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

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



De carácter institucional y controlado por los sectores involucrados ;(6) dos opciones para la confidencialidad de los resultados:

Auto evaluación y evaluación por pares- confidencial y solo compartida para fines institucionales; y , evaluación externa que concluye en la acreditación- de dominio publico; (7) asignación de función de generación de capacidades al IDREH;(8) financiamiento mixto, básicamente de origen publico, manejado en un FONDO INTANGIBLE cuyo uso y destinos estén previamente regulados ; (9) participación social para las fases de validación, decisión y control, (10) dos niveles de estándares para todos los niveles de complejidad: genéricos y específicos; (11) la acreditación por conjunto de establecimientos de salud del segundo nivel de atención organizados en Hospitales; (12) cinco niveles de calificación y condición de "acreditado" condicionados al cumplimiento de estándares y al tiempo de absolución de las no conformidades.

El Hospital II-1 Moyobamba, en este proceso de validación de la propuesta de acreditación viene haciendo acciones de; revisión, discusión y análisis de la norma técnica de acreditación y de su instrumento, el manual de estándares de acreditación, y se ha obtenido importantes aportes a ambos documentos.

2. JUSTIFICACION

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

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



nivel de aplicabilidad de la propuesta en los prestadores regionales de salud y poder garantizar niveles óptimos de aceptabilidad de la norma por parte de los prestadores, los administradores regionales y las autoridades sanitarias quienes van a velar por su cumplimiento.

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

En el Hospital II-1 Moyobamba en los últimos años se han implementado experiencias que han abordado el tema de mejora de calidad en los servicios de salud, sin embargo aun se observa limitaciones en la implementación de otros procesos en el marco de un programa de gestión de calidad, que permite un cambio significativo en la satisfacción de los usuarios y capacidad de respuesta como Hospital. En perspectiva de desarrollo de una gestión hospitalaria moderna basada en la calidad, la acreditación es una herramienta para la mejora institucional que genera un claro incentivo mas aun cuando esta ligado al financiamiento, al dar una respuesta positiva del reconocimiento a la gestión de calidad.

3. FINALIDAD:

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



4. ALCANCE

El alcance de la aplicación del manual de estándares de acreditación para su validación en el Hospital II-1 Moyobamba abarca a todos los servicios que ejercen alguna función contenida en los macro procesos expuestos en dicho manual.

5. BASE LEGAL

- 5.1 Ley N° 26842, "ley general de salud"
- 5.2 Ley N° 27657, "ley del ministerio de salud"
- 5.3 D.S N° 023-2005-SA, Que aprueba en el "Reglamento de organización y funciones del ministerio de salud"
- 5.4 Ley N° 27813, "ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud"
- 5.5 Ley N° 27867, "ley orgánica de los gobiernos regionales"
- 5.6 Ley N° 27444, "ley general de procedimientos administrativos"
- 5.7 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud"

6. OBJETIVOS

GENERAL

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

ESPECIFICOS

- a) Establecer una programación para la organización y ejecución del trabajo de los evaluadores internos durante el proceso de acreditación en el Hospital II-1 Moyobamba.



- b) Verificar el alcance de los criterios de evaluación en relación a todas las funciones del establecimiento de salud para brindar servicios de salud con calidad.
- c) Mejorar el diseño de los instrumentos de acreditación.
- d) Fortalecer las capacidades de los evaluadores internos en acreditación.

7. METODOLOGIA

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

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

- Aprobación del plan de Acreditación: Se remitirá el plan a las instancias correspondientes, para su revisión y posterior aprobación con resolución directoral como lo indica la norma técnica de Acreditación de servicios de salud.
- Reclutamiento del personal del equipo multidisciplinario de salud:
- La autoevaluación se realizará con la designación de un equipo de trabajo designado por el comité de acreditación, de acuerdo a determinados perfiles y a los macro procesos a ser evaluados, previa consulta individual, seguida de la autorización de la jefatura respectiva, con la finalidad de tener continuidad y satisfacción en el trabajo que le será encomendado.
- Conformación de equipos y elaboración de cronogramas de reuniones:
Cada equipo tendrá un coordinador que será el de mayor experiencia o el que el equipo determine.
Cada equipo formulará su cronograma de reuniones y planificará la evaluación de su macro proceso, bajo el monitoreo de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Revisión y/o reformulación de instrumentos de recolección de información si fuese necesario.



Esta actividad se realizará por cada macro proceso y su duración no deberá exceder de dos semanas.

➤ Preparación de materiales:

Culminada la revisión, el coordinador de cada equipo entregará a la Unidad de Gestión de la Calidad sus requerimientos (Instrumentos para la recolección de datos u otros), para iniciar luego el proceso de autoevaluación.

➤ Sensibilización al equipo de gestión hospitalaria:

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

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

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

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

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

➤ Elaboración del informe final de auto evaluación:

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

➤ Socialización de los resultados:

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

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



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

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD	I Trim			II Trim			III Trim			IV Trim				
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		
Conformación de equipo de acreditación del Hospital II-1 Moyobamba para su aprobación con RD.	Dirección General	Resolución	Anual		X												
Conformación de equipos multidisciplinarios	Dirección General	Resolución	Anual		X												
Elaboración y revisión del plan anual de Acreditación 2021.	Unidad Gestión de la Calidad	Actas	Anual		X												
Presentación del Plan anual de Acreditación a la Dirección General para su aprobación con RD.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Anual			X											
Capacitación con IGSS sobre Acreditación a los evaluadores internos.	Comité de Acreditación/Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Anual				X										
Elaboración de listas de chequeo para la autoevaluación.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Anual				X										
Reunión de sensibilización y capacitación a evaluadores internos.	Comité de Acreditación/Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Mensual				X										
Plan de visitas para el levantamiento de la información.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Mensual					X									
Implementación de las mejoras en base a la autoevaluación realizada.	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Mensual						X								
Socialización de resultados.	Comité de Acreditación	Informe	Semestral						X								
Elaboración y entrega de informes por macro procesos.	Comité de Acreditación/Evaluadores Internos	Informe	Semestral							X							
Elaboración de informe final y resumen ejecutivo	Comité de Acreditación	Informe	Semestral							X							
Si se obtienen puntaje menor a 85, levantamiento de observación, nueva autoevaluación en 6 meses	Unidad Gestión de la Calidad	Informe	Semestral											X			
Si se obtiene puntaje menor a 85, se solicitará evaluación externa	Dirección General	Informe	Semestral														X

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
MOYOBAMBA

[Firma]

Obs. Moyobamba - Mesa de Trabajo
Coordinadora de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud Seguridad del Paciente

San Martín
GOBIERNO REGIONAL
HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

VALUACIÓN EXTERNA
15.05.21