



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud
Cusco

U.E. N° 409 - Alfredo
Callo Rodríguez
Sicuani

Dirección de
Gestión y Calidad
Sanitaria



“Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo “

PLAN ANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Dr. Efraín Alcázar Gómez
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
Lic. Enf. Lucía Ramos Chura
RESPONSABLE DE LA OFICINA DE CALIDAD SANITARIA
EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE CALIDAD
M.C. Cesia Oporto Ovalle.
COORDINADORA DEL COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD.
M.C. Cesia Oporto Ovalle.

2023





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional de
Cusco

Gerencia
Regional de
Salud
Cusco

U.E. N° 409 - Alfredo
Callo Rodríguez
Sicuani

Dirección de
Gestión y Calidad
Sanitaria



"Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo"

INDICE

Página

INTRODUCCION 03

FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA 03

AMBITO DE APLICACIÓN 03

BASE LEGAL 04

OBJETIVO GENERAL 04

OBJETIVOS ESPECIFICOS 05

DIAGNOSTICO SITUACIONAL 05

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD 06

ACTIVIDADES 08

RECURSOS 10

RESPONSABILIDADES 10

MONITOREO Y EVALUACION. 10

MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL PLAN DEL SGCS 11



PLAN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD 2023

I. INTRODUCCION.

La Unidad de Calidad de la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez-Sicuani, inicia sus funciones desde el mes de diciembre del año 2011 y desde entonces ha desplegado una serie de aportes, esfuerzos y acciones para contribuir con mejorar la calidad de la prestación de nuestros servicios, así como de los procesos asistenciales y administrativos.



La calidad de atención en salud es definida como la provisión de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios. Los beneficios y riesgos a la que hace alusión esta definición están referidos a brindar la atención con los máximos beneficios 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, aunado a ello, el despliegue de estrategias en base a los componentes de la 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 este sentido el presente Plan de Gestión de Calidad 2021 del Hospital Alfredo Callo Rodríguez, 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 táctico anual 2021.



II. FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA.

EL plan de gestión de Calidad tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de atención de los servicios incorporando acciones de mejora continua de la calidad de atención en función a las oportunidades de mejora identificada para la mejora de la satisfacción del usuario en Hospital Alfredo Callo Rodríguez.



III. AMBITO DE APLICACIÓN.

El Plan de GESTION DE Calidad abarcara a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.





GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

Gobierno
Regional de
de Cusco

Gerencia
Regional de
Salud
Cusco

U.E. N° 409 - Alfredo
Callo Rodríguez
Sicuani

Dirección de
Gestión y Calidad
Sanitaria



“Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo”

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley general de Salud.
- Ley N° 29414, ley que establece los derechos DE LAS personas usuarias de los servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA. Reglamento de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- Decreto supremo N°002-2019-SA, Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las IAFAS, IPRESS, UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSPV:02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de EESS y Servicios médico de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de Evaluador para la Acreditación de EES y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA, se aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, se aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, se aprueba la Guía para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico de Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 138-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Ministerial N°038-2020/MINSA, Directiva administrativa N°0283-MINSA/2020/DGOS: Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios en salud alcanzado en el año 2021.



V. OBJETIVO GENERAL.

Contribuir en la mejora de los procesos de atención en salud a través de la implementación de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad.

"Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo "

VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Fortalecer la cultura de la Calidad y mejora continua en los diferentes servicios del Hospital Alfredo Callo Rodríguez a través de las capacitaciones, acciones de mejora, proyectos e investigación en Calidad.
- 2.- identificar inconformidades 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.- establecer acciones para la gestión de procesos para alcanzar la Acreditación a través de la realización de la Autoevaluación institucional.
- 5.- contribuir a la gestión de las relaciones con usuario externo a través de la promoción de los derechos y deberes del usuario, la medición de las Encuestas Rápidas de la satisfacción del usuario externo, atención de los Reclamos, interposición de buenos oficios (IBOS), sugerencias para la identificación de oportunidades de mejora.



VII. DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

La Oficina de Calidad Sanitaria de la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, enfoca en tres dimensiones:



- a. **Dimensión Entorno** , que es valorada mediante algunas preguntas de las encuestas Rápidas de satisfacción , también mediante la medición de los tiempos de espera que se evalúa varios factores como es :

- La señalización y comodidad.
- Orden y limpieza de las instalaciones.
- Funcionamiento de equipos.
- Dieta.
- Identificación del personal.
- Tiempos de espera en admisión.
- Tramites de Referencia, contra-referencia, internamiento y altas hospitalarias.



En los servicios de consulta externa y emergencia, relacionado a la señalización y comodidad se desglosa por unidades y/o servicios como es : servicio de Pediatría, Cirugía, Medicina, Ginecología, Traumatología, Psicología, Servicio Social, Radiología, Laboratorio, Ecografía , Banco de Sangre.

En Hospitalización y consulta externa se evaluara el Tiempo de espera durante Admisión, tramites en general.





Gobierno Regional de Cusco

Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. N° 409 - Alfredo Callo Rodríguez Sicuani

Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria



"Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo"

b. **Dimensión Humana**, se evalúa las encuestas rápidas de satisfacción al usuario externo vinculados a esta dimensión en consulta externa, emergencia y Hospitalización, considerando los siguientes factores:

- Trato del personal de salud no médico.
- Trato del personal médico.
- Información sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Respeto de la Privacidad del paciente.
- Calidad de la atención.

c. **Dimensión Técnica**, se trata de la Seguridad de los pacientes que es un tema inevitable en la evaluación de la calidad técnica de la atención. La gestión del riesgo no es posible si no tenemos conocimiento de las infecciones asociadas a la atención en salud de los eventos adversos.

Actualmente, nuestra U.E. N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, tiene implementado el sistema de reporte de eventos adversos, son 22 servicios que identifican algún incidente, riesgo que se suscita, como es Caídas de pacientes, alergias medicamentosas, ordenes medicas incompletas, ordenes medicas con letra ilegible, error en dietas prescritas, estancias hospitalarias prolongadas, infección de herida operatoria, equipos inoperativos, fuga de pacientes, pacientes sin brazalete de identificación.

La estandarización de la atención es otro objetivo primordial de la dimensión técnica, como el desarrollo de las Auditorias de la Calidad en Salud, es decir, las Historias Clínicas, calidad de los registros, y fundamentalmente el fortalecimiento de las Guías de práctica clínica en Adapte en todos los servicios de Hospitalización y emergencia, herramienta principal para la ejecución de las auditorias programadas, o de Caso.

d. **Calidad de la atención por Macro procesos y Verificadores**, la articulación de los diversos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en una organización así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención segura de calidad, se evalúa los verificadores, los estándares de calidad y esta evaluación es por medio de los Macro procesos de calidad que se da en el proceso de la Acreditación, señalizando que la primera fase de la acreditación es la Autoevaluación.

VIII. IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

1.- **PLANIFICACION**, es el documento técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y de la Política Nacional de Calidad en Salud. En el plan operativo de la institución dan lugar al escenario en que se planifica la calidad de la atención relacionado al marco normativo de la política de calidad institucional.

Cada año, la Dirección de la Calidad en Salud de la Dirección Regional de Salud Cusco, solicitan los siguientes planes aprobados con Resolución Directoral.

- Plan de Auditoria de la Calidad de atención en Salud.
- Plan Anual de Seguridad del paciente.
- Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.



“Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo “

- Plan Táctico.
- Plan de Autoevaluación para la Acreditación.
- Plan de Información para la Calidad: Evaluación de Satisfacción del usuario externo, Estudios de Tiempo de espera, Mecanismo de atención al usuario.
- Plan de Rondas de Seguridad.
- Plan de proyectos de mejora continua.
- Plan de Cero Colas.

Este proceso de planes debe pasar por una aprobación reconocida con Resolución Directoral.



ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD, las estructuras organizadas que articulan el sistema de gestión de la Calidad en la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, la oficina de Calidad, cumple la función como Órgano Asesor de la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria que se interactúa con la Dirección de Calidad en Salud.

Considerando el MOF, que establece la Dirección de Gestión de la Calidad debe contar con tres equipos básicos:



- Equipo de mejora continua.
- Equipo de Garantía de la Calidad.
- Equipo de Seguridad del paciente.

3.- GARANTIA Y MEJORA, la evaluación, monitoreo y toma de decisiones aplicadas mediante la Directiva Sanitaria contempla los siguientes indicadores:

- Proporción de usuarios internos que aplican las Guías de práctica clínica en Adapte en la atención/prestación de servicios de Salud.
- Proporción de usuarios internos que aplican las Guías, protocolos de procedimiento.
- Tasa de usuarios externos que se complican durante la atención recibida en Hospitalización.
- Tasa de reingreso antes de los 7 días, luego del alta en Hospitalización por la misma enfermedad.
- Tasa de Cirugías programadas suspendidas.

En Auditoria de la Calidad de atención, cada año el Hospital Alfredo Callo Rodríguez aprueba el Plan de Auditoria, reconocido con Resolución Directoral, programado como unidad de medida la presentación de informes trimestral, semestral y anual.

En el plan está considerada la conformación de los comités de Auditoria de la Calidad en Salud, Comité de Auditoria Medica y equipos de Auditoria a nivel de servicios, capacitados para el cumplimiento de las actividades programadas.

La institución garantiza brindar facilidades a los comités y equipos a programarse en Rol de turnos.

“Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo “

En relación a la Autoevaluación para la Acreditación, el Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, cada año realiza la Autoevaluación, previa conformación de equipos de Acreditación y equipo de Evaluadores internos, el plan de Autoevaluación, la comunicación del inicio y finalmente el informe técnico de los resultados obtenidos de la autoevaluación.

En Seguridad del paciente y los procesos de mejora continua, se basa según la R.M.N°519-2006-MINSA, documento técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

La GERESA Cusco a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria y la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria, desarrolla el Plan Regional de implementación de la Seguridad del paciente 2019 – 2020, buscando fortalecer la gestión de un cambio de **cultura en términos de calidad y seguridad**, fortaleciendo lineamientos de la seguridad del paciente en la atención en salud, alineados siempre a estándares internacionales, que incorporan como pieza clave, los conocimientos, habilidades y destrezas de los profesionales de la salud, orientados a generar y optimizar los procesos de atención en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez a nuestro cargo.



La metodología a aplicarse según el Manual de Mejora de la Calidad, aprobada por el MINSA.

Cada año, se busca mecanismo para fortalecer la conformación y participación del personal de salud en los equipos de mejora continua de la Calidad y necesario alinear a los requerimientos y cumplimientos de los listados de estándares.

4.- INFORMACION PARA LA CALIDAD.

a. **Instrumentos para la medición de la Calidad**, se aplicara en el presente año 2023, las encuestas de satisfacción del usuario externo en consulta externa, emergencia y Hospitalización.

Participaran el apoyo de estudiantes de institutos particulares de Enfermería, asumiendo funciones de encuestadores externos a la institución como lo exige la norma técnica.

b. **Medición del tiempo de espera**, en el presente año 2023, se tiene programado, considerando la emergencia sanitaria y el problema social que se viene presentando.

IX. ACTIVIDADES.

1.- Mejorar la satisfacción respecto a los procesos de pre-consulta en cirugía, pediatría, neonatología, medicina, ginecología, obstetricia, odontología, psicología, nutrición, estadística, unidad de seguros, laboratorio, Radiología, Tomografía, Farmacia, Rehabilitación, Servicio Social, centro quirúrgico, emergencia y articulado nutricional.

"Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo "

- Medición de tiempos de espera.
- Encuestas de satisfacción del usuario externo.
- Asistencia técnica en la elaboración de Ideas, acciones de mejora y proyectos de mejora continua.
- Asistencia técnica en la ejecución de flujogramas, protocolos.

2.- Fortalecer las metas internacionales de la seguridad del paciente que afectan la dimensión humana.

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales.
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Garantizar las Cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
- Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas con la atención médica.
- Reducir el riesgo de caídas.



3.- Actualizar y mejorar la estandarización de la atención.

- Asesoría y asistencia técnica para la elaboración, actualización, monitoreo de las Guías de Práctica clínica en Adapte.
- Asesoría y asistencia técnica para la elaboración, actualización, monitoreo de las guías de procedimientos, manuales, protocolos, flujogramas.
- Monitoreo de la implementación de las GPC en Adapte, Manual de procedimientos, flujogramas y/o en los servicios y unidades.
- Reporte de la situación de las GPC adaptativas, MAPRO y/o flujogramas elaborados.
- Es responsabilidad de la Dirección, dar plazos no mayor de 30 días calendario a partir de la recepción del presente informe.
- Realizar auditoria de la calidad de registro.
- Seguimiento de las recomendaciones de auditorías realizadas.



4.- Fortalecer el cumplimiento de los estándares de los macroprocesos y verificadores priorizados de la evaluación preventiva de procesos.

- Difusión de las normas técnicas de calidad.
- Desarrollo del instrumento de monitoreo de los Macroprocesos y verificadores priorizados.
- Capacitación a los autoevaluadores internos.
- Elaboración del plan de autoevaluación y evaluación preventiva de procesos SUSALUD.
- Ejecución del plan de autoevaluación y EPP.
- Difusión de los resultados de la autoevaluación y EPP.
- Encuestas de satisfacción del usuario.
- Elaboración del plan de intervención de autoevaluación.



X. RECURSOS.

a. Recursos Humanos.

Apoyo para la contratación de los médicos auditores.

b. Recursos Financieros.

Asignación presupuestal para el cumplimiento de indicadores Gestión de Calidad.

c. Recursos Materiales.

Dos computadoras para las actividades de las Líneas de acción.
dos impresoras láser.

Una fotocopiadora.

Un Cañón multimedia.

Cuatro Tóner (uno por trimestre)

Doce millares de papel bond A4.



XI. RESPONSABILIDADES.

La oficina de Calidad Sanitaria de la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani, supervisa, monitorea y evalúa las actividades del presente plan según los componentes del sistema de Gestión de Calidad.

XII. MONITOREO Y EVALUACION.

Para garantizar el cumplimiento del presente plan se realizara el seguimiento mensual, trimestral , semestral y anual. Se elaborara informes semestrales del avance del plan del Sistema de Gestion de la Calidad de acuerdo a los siguientes indicadores establecidos.

- Porcentaje de avance del plan del Sistema de Gestion de Calidad.
- Porcentaje de avance del cumplimiento del plan de Auditoria.
- Porcentaje de avance del plan de Seguridad del paciente.
- Cumplimiento del plan de autoevaluacion.
- Porcentaje de satisfaccion del usuario externo.
- Avance de los indicadores de calidad de atencion.
- Porcentaje de avance de Reclamos con respuesta en el tiempo establecido.



MATRIZ DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD 2023

COMPONENTE DEL SGCS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	I TRI M	II TRI M	III TRI M	IV TRI M
Planificacion	Elaboracion del plan de SGCS 2021	Plan aprobado	1	1			
	Socializacion del SGCS	Informe	1	1			
	Plan de Seguridad del paciente	Plan aprobado	1	1			
	Aplicación de la lista de verificación de la seguridad del paciente	Informe/analisis	mensual	3	3	3	3
	Aplicación de la encuesta de evaluación de la LVSC a cargo del equipo conductor	Informe/analisis	semestral		1		1
	Consolidación de registros, notificación, análisis de incidentes y eventos adversos	Informe/analisis	mensual	3	3	3	3
	Realización de análisis de eventos adversos e incidentes	Informe/analisis	trimestral	1	1	1	1
	Ejecución de Rondas de Seguridad	informe	trimestral	3	3	3	3
	Monitoreo de Higiene de Manos a través de las Rondas de Seguridad	informe	trimestral	3	3	3	3
	Elaboración del plan de Auditoria	Plan aprobado	1	1			
Garantia y mejora	Realizar informes de auditorias programadas y no programadas	informe	trimestral	1	1	1	1
	Seguimiento de las recomendaciones de la Auditoria de la Calidad	informe	semestral		1		1
	Elaboración e implementación de los PM y/o acciones de mejora en base a la identificación de problemas referente a las líneas del SGCS	informe	semestral		1		1
	Reporte de la situación de las GPC, MAPRO y/o flujogramas elaborados	informe	semestral		1		1
	Conformación del Equipo de Acreditación	Resolución Directoral	anual		1		
	Conformación del equipo de Evaluadores internos	Resolución Directoral	anual		1		

"Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo"

	Capacitacion al equipo de Evaluadores internos	informe	Anual		2		
	Elaboracion del Plan de Autoevaluacion	Plan aprobado	anual		1		
	Comunicación del inicio de la Autoevaluacion	Informe	anual		1		
	Ejecucion de la Autoevaluacion	Informe	anual			1	
	Envio de Base de datos	Base de datos	anual				1
	Presentacion del informe tecnico	informe	anual				1
   	Medicion de satisfaccion del usuario externo en consulta externa, Hospitalizacion y emergencia	informe	anual			1	
	Medicion del tiempo de espera en consulta externa : admision, caja, farmacia, radiologia, ecografia, laboratorio.	informe	trimestral	1	1	1	1
	Base de datos	Base de satos	anual				1
	Medicion del tiempo de espera para la atencion en los consultorios de la consulta externa (medicos)	Informe	semestral		1		1
	Medicion del tiempo de espera en Emergencia según prioridades	informe	semestral		1		1
	MEDICION de tiempos y movimientos del proceso de atencion en salud en hospitalizacion	informe	semestral		1		1
	Elaboraion de reportes de PAUS, IBOS atendidos	informe	mensual	3	3	3	3
	ELABORacion de reportes de los Reclamos del Libro de Reclamaciones	informe	mensual	3	3	3	3
	Capacitacion al comité de PAUS sobre las normativas vigentes de atencion de Reclamos, deberes y derechos del usuario.	informe	semestral		1		1

