

RESOLUCION DIRECTORAL

Sicuari, 14 de febrero de 2022.

VISTO: El Informe 040-2022-GR CUSCO/DRSC/U.E. 409-HACRS/OGC.

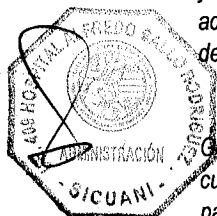
CONSIDERANDO:



Que, la Ley General de Salud N° 26842, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por lo tanto responsabilidad del Estado regularla y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquier sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, en la administración pública, es de máxima exigencia la planificación de largo, mediano y corto plazo, en concordancia a las disposiciones establecidas por la autoridad nacional del Sistema Administrativo de Planeamiento Estratégico;

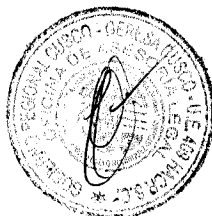
Que, el Plan Táctico en concordancia al esquema exigido por la autoridad competente, se plantea el análisis de la situación y los antecedentes, así como la identificación de nudos críticos, oportunidades de mejora, los objetivos, las estrategias, las actividades, las tareas, las metas físicas, el cronograma, el presupuesto global y ajustado al techo presupuestal y los indicadores de evaluación;



Que, Mediante Informe Número 040-2022-GR.CUSCO/DRSC/U.E.-409-HACRS/OGC/DE, la responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad Sanitaria, da cuenta sobre la presentación de el Plan Táctico 2022 de la Oficina de Calidad, dando cumplimiento al año fiscal 2022, la misma que se constituye en un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema para directivos, trabajadores y a quienes estamos comprometidos con el desarrollo de la calidad en la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

Que, mediante Memorándum N° 079-2022 GR.CUSCO/GRSC/UE.409-HACRS/DE, se dispone la emisión de la Resolución Directoral de Aprobación del Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad Sanitaria año Fiscal 2022, de la Unidad Ejecutora 409 hospital Alfredo Callo Rodríguez;

En uso de las facultades administrativas delegadas mediante, Ley 27783 Ley de bases de descentralización, Ley 27867 Ley orgánica de Gobiernos Regionales y su Modificatoria aprobada por Ley 27902, Resolución Ministerial 879-2004/MINSA, que aprueba el Convenio 028-2004-MINSA y Resolución Directoral N° 0645-2020-OGRH, y Resoluciones Directorales N° 903-2020-DRSC/OGRH y N° 01279-2021-GRSC/OGRH de Ratificación de Asignación de Funciones de la Dirección de la Unidad Ejecutora N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez;



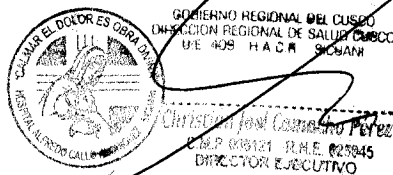
Estando al visto bueno de la Jefatura de Administración, Asesoría Legal Interna, Oficina de Calidad de la Salud, de la Unidad Ejecutora 409 Hospital -Alfredo Callo Rodríguez-Sicuari;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. – **APROBAR** el documento denominado “Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad Sanitaria para el Año Fiscal 2022”, de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez”, que, en 32 folios debidamente visados, forma parte de la presente resolución;

Artículo 2°. - **TRANSCRIBIR** la presente resolución a la interesada e instancias correspondientes, para su conocimiento y fines consiguientes.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE:





PLAN TACTICO
DE LA
OFICINA DE GESTION DE CALIDAD SANITARIA



AÑO FISCAL 2022

DR. CESAR JAVIER RAMIREZ ESCOBAR.

GERENTE REGIONAL DE SALUD DE LA GERESA CUSCO.

Obst. Cynthia Carol Vila Maguiña

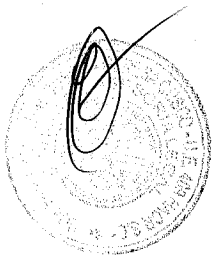
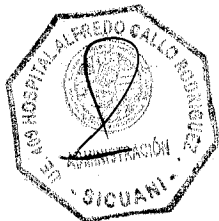
DIRECTORA (e) DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA.

Dr. Christian Joel Camacho Pérez.

DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E.Nº409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ.

Lic. Lucia Ramos Chura

RESPONSABLE DE LA OFICINA DE CALIDAD SANITARIA



FEBRERO 2022



1. RESUMEN.

En la administración pública, es de máxima exigencia la planificación de largo, mediano y corto plazo, en concordancia a las disposiciones establecidas por la autoridad nacional del Sistema Administrativo de Planeamiento Estratégico.

La Dirección de la GERESA Regional de salud Cusco aprobó la guía técnica para la formulación del Plan operativo y el Plan táctico/ Plan de Salud Local de los órganos estructurados, funcionales de la GERESA sede y los órganos desconcentrados, por lo que corresponde formular el Plan Táctico de la Unidad de Gestión de la Calidad en Salud de la Unidad Ejecutora 409- Hospital Alfredo Callo Rodríguez para el ejercicio fiscal 2022.

Se formula el Plan Táctico en concordancia al esquema exigido por la autoridad competente, se planteó el análisis de la situación y los antecedentes, así como la identificación de nudos críticos/ oportunidades de mejora, los objetivos, las estrategias, las actividades, las tareas, las metas físicas, el cronograma, el presupuesto global y ajustado al techo presupuestal y los indicadores de evaluación.

La gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional, en consecuencia, las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con las especificidades que correspondan en todas las instituciones y entidades del Sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa.

En este marco, se espera que las organizaciones comprendidas en el alcance del Sistema, definan y establezcan acciones a favor de la calidad, de modo tal que les permita mejorar sus procesos, sus resultados, su cultura organizacional y la satisfacción de los usuarios, trabajadores y proveedores. Por tal razón deberán precisarse las estrategias, áreas de intervención y la tecnología a ser utilizada.

En mérito a estas consideraciones se priorizan algunas estrategias básicas de intervención en calidad, teniendo en cuenta el amplio consenso generado respecto de su utilidad en el control y mejoramiento de la calidad: Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Medición de la Satisfacción del Usuario, Autoevaluación, Acreditación, Mejoramiento Continuo de la Calidad y Trabajo en Equipo; así como, la seguridad del Paciente. Desde 1993, El Ministerio de Salud, viene impulsando la acreditación de establecimientos de salud como estrategia de garantía de la calidad, por lo que se enmarca dentro de los Lineamientos de Política del Sector Salud, que se traduce en políticas y objetivos de calidad orientados a la búsqueda permanente de la mejora de la calidad de atención. A su vez, la labor a desarrollar, exige una importante inversión en el potencial humano, en capacitación y mejoramiento de sus condiciones de trabajo.

En tal sentido, debemos afirmar enfáticamente que los trabajadores de salud son los reales artífices de los cambios que el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud



busca promover y orientar. Las acciones comprendidas en el presente plan, están comprendidas a las funciones y atribuciones establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) inherentes a las normas de gestión sanitaria vigentes, así como a las normas del Sistema de Gestión de la Calidad, Políticas Nacionales de Calidad en Salud y normas complementarias, que permitan avanzar en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el ámbito del Hospital Alfredo Callo Rodriguez de Sicuani.



El presente plan busca establecer los conceptos, principios, objetivos, y componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que han de servir de marco para el desarrollo de acciones de mejora de la calidad de atención de salud en las entidades prestadoras del sector, con el propósito de satisfacer a los usuarios, aumentando la eficiencia y la eficacia de los procesos en el corto, mediano y largo plazo.

2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

2.1. GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN SANITARIA

La Organización para la calidad, implica la definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la gestión de calidad integrada al sistema de salud. En Junio del 2001, la Dirección General de Salud de las Personas en su proceso de reestructuración consideró contar con una Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación, que tuvo como principal función la conducción y desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud a nivel nacional. A partir de Noviembre del 2002, ésta Dirección se constituyó como Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud. En el Año 2006 se crea la organización para la Calidad a nivel Nacional, con la aprobación de la normatividad del sistema de gestión de la calidad en el Perú, las políticas de calidad del sector salud.

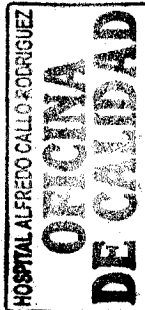
En el Hospital Alfredo Callo Rodriguez de Sicuani, Desde el año 2011 empezó a implementarse en forma gradual la Oficina de Gestión de Calidad, como un órgano de asesoramiento, con la designación de un profesional de Enfermería del área Asistencial que se apoya con turnos adicionales. esta función era compartida con otras responsabilidades de la parte prestacional que no permitieron la concretización de las actividades y el conocimiento en pleno del personal sobre las acciones de calidad.

Entre el año fiscal 2012 y 2013 se continuo con el desarrollo de actividades vinculadas al sistema de gestión de la calidad de manera parcial y en el año 2013 se inicia un empoderamiento de las actividades vinculadas al sistema de Gestión de la Calidad, mejorando las capacidades en asistencias técnicas, gestión y calidad, obteniéndose como primer producto un proyecto de mejora continua "Mejoramiento de los procesos administrativos prioritarios para garantizar la atención gratuita de los



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

usuarios con SIS en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, impulsado por la unidad de seguros, bajo el asesoramiento de la oficina de Calidad, lográndose una postulación en el primer Encuentro regional de experiencias en mejoramiento de la calidad en Salud Cusco.



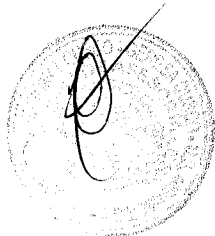
A partir del año 2014 se fortaleció la oficina con la incorporación de dos profesionales en obstetricia, hasta el 2015, continuándose con las acciones de fortalecimiento de competencias de los integrantes de comités, encontrándose estos años con el inconveniente de rotación y desplazamiento de personal, lo que devino en la falta de presentación de proyectos de mejora continua.

En el año 2016 no se cuenta con personal encargado durante todo el año, asumiendo a partir del mes de Junio un personal de obstetricia, quien retomo el trabajo pendiente, no se formuló proyectos de mejora.



A mediados del año 2017, se establece como lineamiento de gestión institucional la Calidad en Salud, designándose a tiempo completo un profesional de enfermería para que se haga cargo de la Oficina, quien fortaleció las competencias de los Comités de Calidad, impulsando la capacitación al personal asistencial y administrativo sobre la elaboración de proyectos de mejora y las acciones de mejora.

Continuando impulsar actividades de identificación de oportunidades de mejora (Rondas de Seguridad, Encuesta de Satisfacción, Análisis de Eventos Adversos, etc.), implementándose proyectos de mejora continua (**Valoración de riesgos de caída y dolor, Tiempo de espera en centro quirúrgico, Segregación de residuos contaminantes, Implementación de atención de reclamos**), estando pendiente la sistematización de éstas experiencias.



El resultado de una serie de factores presentados en el momento de procesos que deben ser modificados, que incluye cambios en la actitud del personal de salud asimismo, se es consciente que los resultados que se obtengan en los proyectos de mejora no tendrán impacto inmediato y este deberá ser sostenible en el tiempo.

En el año 2018, se fortaleció competencias de los integrantes de comités, encontrándose en el año, el inconveniente de desplazamiento de personal, teniendo debilidades en algunos procesos. Se presentó proyecto de mejora continua: "**Implementación sostenible de las metas internacionales de Seguridad del paciente**".

Durante los años 2019 y 2020, se fortaleció la garantía y mejoramiento continuo de los diferentes componentes, los comités conformados su participación fue el 30% en los



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

dos años, teniendo limitación la no programación de Rol de turnos de los integrantes de los comités y equipos, dificultando desarrollar todos los procesos.

Se impulsó actividades de identificación de oportunidades de mejora en Rondas de Seguridad y el Análisis de Eventos Adversos implementándose a otros servicios que informaron eventos adversos como es Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Tópico, Banco de Sangre, Banco de Sangre, Consultorio de Ecografía, Farmacia, servicio de Nutrición y Área de Hospitalización Covid-19.

Resultado sostenible en los instrumentos implementados del servicio de Centro Quirúrgico, evaluación de riesgo de Caídas en servicio de Emergencias y hospitalización. La implementación de los formatos de historia clínica según la norma técnica 139-2018. Gestión de la Historia Clínica. El mejoramiento de la segregación de los residuos sólidos. Adherencia de Higiene de Manos.

Se continuara con el fortalecimiento de las metas internacionales de SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En el año 2021. Se continuo fortaleciendo la cultura de la seguridad del paciente, implementandose acciones de mejora en los servicios de Centro Quirurgico, Banco de Sangre, Nutricion, Plataforma de atencion al usuario en Salud, fortalecimiento de la unidad de REFCON, Telemedicina y el desarrollo de la autoevaluacion para la acreditacion,

Actualmente la Oficina de Gestión de la Calidad no cuenta con personal Medico Auditor y Enfermera para las actividades de calidad.

El Ministerio de Salud ha impulsado iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud, en este marco el proceso de Acreditación de establecimientos de salud que es una estrategia de garantía de la Calidad, escasamente implementada en el ámbito regional. La respuesta del sector salud a los usuarios de los servicios todavía es débil, no se concreta en mejoras de acciones oportunas y de calidad, estas respuestas, son el resultado de una serie de factores retractoros presentados en el momento, de procesos que deben ser modificados, que incluye cambios en la actitud del personal de salud gestora asimismo, se es consciente que los resultados que se obtengan en los proyectos de mejora no tendrán impacto inmediato y que una vez logrado un buen resultado este deberá debe ser sostenible en el tiempo.

2.1.1. AREA GESTION SANITARIA.

Responde a las acciones de Planificación, Asistencia Técnica, Mejora de Capacidades, Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las acciones de Gestión Sanitaria en nuestra Región.

- La planificación de corto plazo (Un año fiscal), se desarrolló estructura funcional programática, la elaboración de los criterios de programación, aplicación de las herramientas de la gestión sanitaria como es el SIGA, la elaboración de los términos de referencia que a la fecha no se asigna presupuesto.



- **La Asistencia Técnica:**

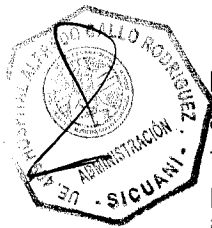
La Asistencia Técnica, tiene el propósito de generar recursos técnicos de gestión y acompañamiento a los equipos técnicos de los Órganos Desconcentrados en materia de organización, Planificación, Ejecución y control de la gestión sanitaria.



La Asistencia Técnica que se realizó en la U.E. N° 409- Hospital Alfredo Callo Rodríguez se orientaron a mejorar las prestaciones de los servicios, al conocimiento de las normas técnicas y su aplicación; se realizaron Reuniones técnicas de capacitación por servicios, Rondas de seguridad, visitas inopinadas en las diferentes áreas y personal administrativo con acompañamiento al personal de los diferentes servicios hospitalarios y administrativos, en esta oportunidad se contó con el apoyo de la dirección, epidemiología, jefatura de Enfermería, jefatura de consultorio externo, jefe del centro quirúrgico, teniendo como resultado el fortalecimiento de los procesos y/o acciones de mejora implementadas en cada instancia.

- **Monitoreo.**

El proceso de control destinado a observar sistemáticamente los procesos de atención en los servicios de hospitalización, consultorios externos, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan operativo institucional del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.



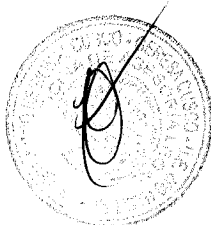
Se desarrolló, en concordancia al cumplimiento de las metas físicas programadas, ejecutándose por lo menos dos visitas de monitoreo en el año fiscal 2021. Se Analiza el grado de desempeño como resultado del monitoreo de los servicios mediante la implementación de la herramienta de Autoevaluación para la acreditación y Rondas de Seguridad.

- **Evaluación**

El proceso de evaluación de la gestión sanitaria se desarrolló parcialmente en nuestra IPRESS, con la propuesta e implementación de indicadores de resultado de la gestión sanitaria, estando pendiente la articulación de los indicadores de la programación presupuestal, de los acuerdos de gestión, de los diferentes convenios de gestión como Cápita, FED, Unidad de Seguros, entre otros.

Se menciona los indicadores :

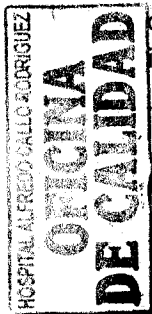
Indicadores de evaluación operacional. Indicadores de estructura.
Indicadores de proceso en general para todos los servicios finales.
Indicadores específicos: servicios finales, intermedios, apoyo al tratamiento.
Porcentaje de auditoría médica.
Porcentaje de eventos adversos y Porcentaje de usuarios satisfechos .





- **La Supervisión.**

Como parte del control de la gestión sanitaria, fue abordada desde los inicios de la creación de la DGCS, en concordancia a las normas del MINSA, y el desarrollo de los instrumentos propios de la DIRESA Cusco.



- **Mejora de Capacidades.**

Es de suma importancia continuar intensificando la mejora de capacidades del personal de salud, tomando en consideración las normas emitidas por Ministerio de Salud, específicamente por la Dirección General de Gestión del Desarrollo de recursos Humanos.

La capacitación despliega un conjunto de estrategias de preparación que debe ser continua y planificada dirigidas a mejorar las competencias técnicas y administrativas de los trabajadores de salud calificados y motivados para cumplir con las nuevas tareas y responsabilidades de la IPRESS en la oficina de Calidad, para desempeñar con Compromiso las funciones del cargo, asegurar su desempeño exitoso y alcanzar los máximos resultados en los servicios de salud.

Se estableció las capacitaciones al personal in situ en cada servicio, para lo cual se realizaron: A través de Rondas de seguridad, Evaluación de la Adherencia de lavado de manos, aplicación de los 5 momentos y los once pasos.

Aplicación de evaluación de riesgo de caídas y de dolor evidenciados en las historias clínicas de Emergencia y la continuidad en hospitalización en la primera visita médica, el proceso es limitado su cumplimiento.

Aplicación correcta en la segregación correcta de residuos hospitalarios por parte del paciente, familia y personal asistencial.

Cada servicio informa mensualmente casos de eventos adversos. El buen trato al paciente en mejora del proceso.

Capacitación al personal Médico de Cirugía, Pediatría, Medicina y Ginecoobstetricia sobre cumplimiento del marcador quirúrgico.

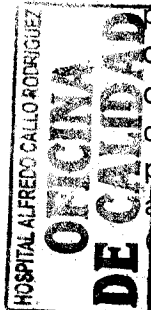
2.1.2. AREA DE GESTION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Las acciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de Atención en Salud en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, están enmarcadas en el marco de la Norma Técnica del SGCS y las Políticas de Calidad de Atención en Salud.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

Desde los años 2013 al 2021, del Hospital Alfredo Callo Rodríguez la Oficina de Gestión de la Calidad continúa realizando esfuerzos para fortalecer a los diferentes Comités de Gestión de la Calidad, sin embargo, para el año 2022 se continuara impulsando con mayor compromiso los comités de seguridad del paciente, comité de Reclamaciones y Sugerencias, comité de Auditoria de la calidad y comité de acreditacion con la finalidad de contribuir a la sostenibilidad del sistema y mejorar el desempeño del personal de Salud, orientándose a mejorar la satisfacción del usuario. Se aplican los instrumentos establecidos de la Garantía y Mejoramiento de la Calidad que a continuación se detalla.



2.1.2.2 ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD

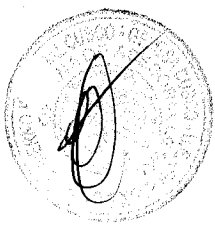
En la actualidad, se tiene conformado el comité de Auditoría de la Calidad en Salud, comité de Auditoria Medica y equipo de auditoría por servicios y equipo de Historias Clínicas. Se tiene el cronograma de actividades para el desarrollo de auditorías programada que nos permitirán identificar oportunidades de mejora.



La Auditoria de Caso, durante el año 2021, fueron ejecutadas 03 auditoría de caso, y la **implementación de recomendaciones** es aún limitado teniendo como resultado el 12% del total de las recomendaciones identificadas que aún no son implementadas por falta de disposición del personal a cargo por mejorar la problemática encontrada, dada la emergencia sanitaria de la enfermedad de Coronavirus, la intervención de todo el equipo de salud ha tenido dificultades en la Implementación de proyectos de mejora a largo plazo.

En relación a los resultados de las auditorias programadas y evaluación de calidad de registro se elaboraron mejoras.

Como órgano desconcentrado Hospitalario el Hospital Alfredo Callo RODRIGUEZ es una Unidad Ejecutora como órgano estructural de segundo nivel: Oficina de Gestión de la Calidad cuenta con un responsable de calidad. Los órganos funcionales que se requiere para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se muestran en el cuadro siguiente:



CUADRO N° 1
COMITES DE ORGANOS DESCONCENTRADOS-2021
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

| COMITES ORGANOS FUNCIONALES | ORGANOS DESCONCENTRADOS HOSPITAL II-1 |
|--|---------------------------------------|
| Jefe de Oficina de calidad II-1 | X |
| Comité de Acreditacion | X |
| Equipo de Evaluadores Internos | X |
| Comité de Auditoria de la Calidad en Salud | X |
| Coite de Auditoria Medica | X |
| Equipo de Auditoria a nivel de servicios. | X |
| Comité de Seguridad del paciente. | X |
| Equipo de Rondas de Seguridad | X |
| Equipo de Higiene de Manos. | X |



| | |
|---|---|
| Equipo conductor de la Implementación de la Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía.. | X |
| Comité de Clima Organizacional. | X |
| Comité de Reclamaciones y Sugerencias. | x |

Para el año fiscal 2022 se implementaran en mayor proporción, sin embargo su operatividad todavía es limitado.



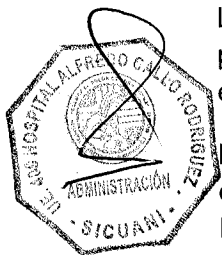
2.1.2.3. PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD

Las acciones de la Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria están en concordancia al CEPLAN , la programación multianual y al Plan operativo Institucional, para lo cual formulamos e implementamos el Plan táctico para un año fiscal. las tendencias del Sector Salud en nuestro País (Como el Paquete de Decretos Legislativos) y las tendencias en el mundo por la búsqueda de la seguridad y calidad de prestación de servicios de salud.

2.1.2.4. INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD

La medición de la satisfacción del usuario externo es de suma importancia para la plantear la mejora continua desde el enfoque del usuario y la medición está establecida por las normas emitidas por el Ministerio de Salud.

En el año 2021 la Oficina de Calidad Sanitaria ha desarrollado la evaluación de las encuestas Rápidas de satisfacción al usuario externo en los tres servicios de Hospitalización, emergencia y consultorios externos y la implementación de la plataforma de atención del usuario en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez de categoría II-1

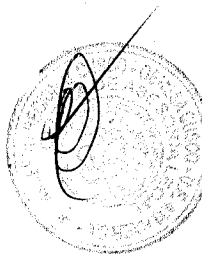


2.1.2.4.1. SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO

En el año 2021 se evaluó el grado de satisfacción del usuario Externo en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez donde se aplicó el instrumento aprobado por la Dirección Regional de Salud Cusco , Directiva Sanitaria de Encuestas Rápidas de Satisfacción de usuarios para EESS del I,II y III nivel de atención del ámbito de la DIRESA Cusco, para efectos de medir el grado de satisfacción, En el Servicio de Hospitalización, emergencia y consultorios externos la muestra fue 50 usuarios, siendo un total de 150 usuarios.

Debo informar que para la ejecución de la evaluación de Encuestas Rápidas de Satisfacción de Usuario Externo se contó con el apoyo del personal técnico del HACR-S, personal con habilidades para el manejo de grupos o personas capaz de generar empatía para lograr confianza de los usuarios.

Se inició la aplicación del instrumento SERVQUAL a los usuarios de los servicios de Consultorios externos, Hospitalización y Emergencia desde el 8 de noviembre culminando el estudio el 20 de noviembre del año 2021. Llegando a procesar las





encuestas realizadas de todos los **ITEMS**, se alcanzó a identificar las causas de Satisfacción e Insatisfacción del usuario externo, el cual nos permitirá hacer el análisis correspondiente para la toma de decisiones y acciones de mejora continua de la calidad de atención en favor de nuestros usuarios externos que diariamente acuden con la esperanza de ser atendidos en sus dolencias.



CUADRO N° 2
GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
COMPARATIVO DEL 2019-2020-2021

| EMERGENCIA | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| | SAT | INS | S | INS | S | INS |
| FIABILIDAD | 44.0 | 66.0 | 51.3 | 4.7 | 72.7 | 27.3 |
| CAPACIDAD DE RESPUESTA | 41.5 | 58.5 | 66.7 | 2.7 | 80.0 | 20.0 |
| SEGURIDAD | 45.5 | 54.5 | 54.0 | 2.7 | 85.3 | 14.7 |
| EMPATIA | 45.0 | 55.0 | 40.0 | 16.0 | 52.0 | 48.0 |
| ASPECTOS TANGIBLES | 48.6 | 51.4 | 16.0 | 2.0 | 53.0 | 47.0 |
| TOTAL | 44.9 | 55.1 | 48.3 | 5.1 | 71.1 | 28.9 |

Fuente : informes de Oficina de Calidad.

En el presente cuadro se observa realizando un comparativo de los tres años, ha disminuido moderadamente la insatisfacción en un 19.4 % en el usuario externo.

CUADRO N° 3
GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO DE HOSPIITALIZACION
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
COMPARATIVO DEL 2019-2020-2021

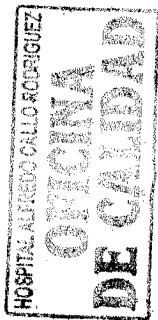
| HOSPITALIZACION | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | INS | SAT | INS | SAT | INS | SAT |
| FIABILIDAD | 76.3 | 59.7 | 40.3 | 74.0 | 8.0 | 92.0 |
| CAPACIDAD DE RESPUESTA | 79.3 | 50.8 | 49.1 | 61.3 | 14,7 | 85.3 |
| SEGURIDAD | 77.9 | 56.8 | 43.2 | 86.7 | 12.7 | 87.3 |
| EMPATIA | 77.7 | 59.7 | 40.3 | 83.3 | 10.0 | 90.0 |
| ASPECTOS TANGIBLES | 71.4 | 64.5 | 35.5 | 80.7 | 4.0 | 96.0 |
| TOTAL | 76.6 | 58.4 | 41.6 | 77.4 | 10.0 | 90.0 |

Fuente : Informes de la Oficina de Calidad.

En el servicio de Hospitalización en los últimos tres años, el porcentaje de insatisfacción de usuarios externos ha disminuido en un 31.6 % a diferencia del año 2019.



CUADRO N° 4
GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO DE CONSULTA EXTERNA
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
COMPARATIVO DEL 2019-2020-2021



| DIMENSIONES | 2020 | | 2021 | |
|------------------------|------|-------|------|-------|
| | SAT | INSAT | SAT | INSAT |
| FIABILIDAD | 42.0 | 8.0 | 92.0 | 8.0 |
| CAPACIDAD DE RESPUESTA | 48.0 | 2.7 | 85.3 | 14.7 |
| SEGURIDAD | 47.0 | 3.0 | 87.3 | 12.7 |
| EMPATIA | 25.3 | 10.0 | 90.0 | 10.0 |
| ASPECTOS TANGIBLES | 31.3 | 4.0 | 96.0 | 4.0 |
| TOTAL | 37.8 | 5.5 | 90.0 | 10.0 |

Fuente : Oficina de Calidad.

En el presente cuadro, en consultorio externo en los últimos tres años se ha mantenido notablemente la insatisfacción de usuarios externos en 10.0 % a diferencia del año 2019 y dada la emergencia sanitaria en el año 2020, se evalúa la encuesta rápida presentando la insatisfacción de 5.5%.

En los servicios de Consulta Externa la muestra fue de 50 usuarios, cuyos resultados del grado de insatisfacción (10%) está catalogado como "por Mejorar".

2.1.2.4.2. TIEMPOS DE ESPERA

Definido con el tiempo que emplea el usuario para obtener una cita, o atención en consulta externa y emergencia, necesario para identificar los problemas que ocasionan una espera innecesaria para la recibir atención en salud, además de ser el principal factor de insatisfacción en el usuario que acude al hospital.

Con la encuesta EN SUSALUD aplicada se obtuvieron los siguientes resultados:

CUADRO N° 5
TIEMPO QUE DEMORÓ EN LLEGAR DESDE SU VIVIENDA AL HOSPITAL
ALFREDO CALLO RODRIGUEZ - GERESA CUSCO AÑO 2021



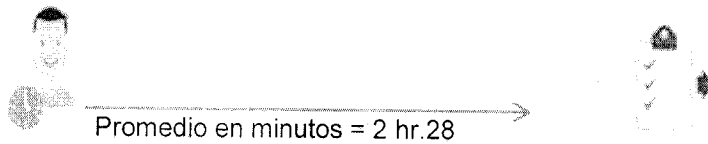
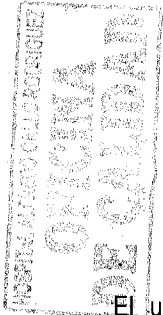
Promedio en minutos = 48.23

El usuario demora en llegar 48.23 minutos desde su vivienda.



CUADRO N° 6

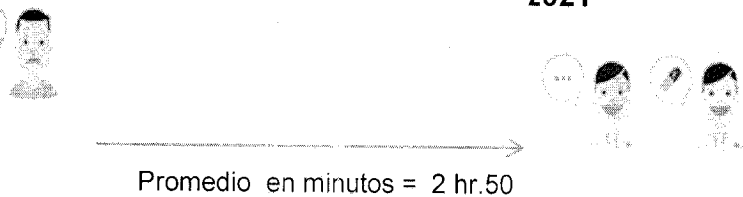
**DESDE QUE INGRESÓ AL HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
 CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ PARA QUE LO ATENDIERAN EN LA
 CONSULTA - DIRESA CUSCO AÑO 2021**



El usuario de consulta externa espera en promedio 148 minutos para poder acceder a la atención por medicas especialistas desde que llega al hospital hasta que ingresa al consultorio médico, generando insatisfacción en el usuario.

CUADRO N° 7

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE INGRESÓ HASTA QUE SALIÓ
 DEL CONSULTORIO MÉDICO-HACR-S - DIRESA CUSCO AÑO
 2021**



El tiempo que dura la atención en consulta externa es el que genera mayor discomfort en el usuario debido a es muy corto, o es otro punto de espera ya que ingresan según su turno pero el profesional es requerido para otro servicio y demora la atención que en promedio es de 290 minutos.

• TIEMPO PROMEDIO DE PROGRAMACIÓN DE CITA.

La oportunidad de la atención se refleja en la obtención de cita en consulta externa, que para los usuarios entrevistados es en promedio de un día para conseguir atención por médicos especialistas, que incrementa la insatisfacción con los servicios de salud.

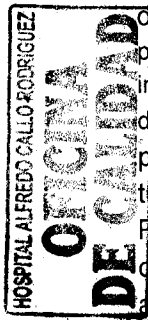


Promedio en días = 01 día



2.1.2.4.3. ATENCION DE RECLAMOS DE USUARIOS A SERVICIOS DE SALUD

La atención de Reclamos de los usuarios del establecimiento de Salud esta determinado por el Decreto Supremo N° 002-2019-SA que establece el procedimiento de la atención de quejas y reclamos por usuarios o terceros legitimados ante la insatisfacción del servicio presado por las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Salud — IPRESS Prestadoras de Servicios de Salud de Salud – IPRESS, públicas, privadas o mixtas. Estableciendo la admisión de reclamos a través del registro en el Libro de reclamaciones y la conformación de la Plataforma de Atención del Usuario en Salud (PAUS) para la atención, difusión de los derechos del usuario en establecimientos del I-4 al tercer nivel de atención.



2.1.2.4.3.1. IMPLEMENTACION DE PLATAFORMA DE ATENCIÓN DEL USUARIO (PAUS)- LIBRO DE RECLAMACIONES

En el año 2016; Se implementó la oficina de atención de Reclamaciones y sugerencias al usuario, en el mes de Noviembre del 2016, aun no se cuenta con un personal responsable a exclusividad por lo que este año se debe dar prioridad para el cumplimiento de los procesos.

En el año 2017, se reformulo el comité de Reclamos y sugerencias y se desarrolló la Directiva administrativa V.O, que consta de 10 folios, Aprobado con R.O. N° 140-2017- DRSC/UE.409-HACRS-S/UP. Se tuvo 07 interposiciones de buenos oficios en Salud (IBOS) y cuatro reclamos el comité asumió ocho casos absueltos y tres casos en proceso.

El año 2018 se contó con personal asistencial para su funcionamiento por dos meses, se implementó Flujogramas, tres libros de Reclamaciones según D.S. 030.2016. Registros de I.B.O.S. y registro de Sugerencias.

En el año 2019, se contrató otro personal asistencial solo por un mes, desde el mes de octubre se contrató a un personal técnico en Enfermería a exclusividad fortaleciendo la intervención en consultorio externo, emergencia. Asimismo, se implementó los Buzones de sugerencia en todos los servicios de Hospitalización, emergencia y apoyos al diagnóstico.

En el año 2020, se conto con personal Tecnico en Enfermeria a exclusividad , excepto los meses abril, mayo y junio por la emergencia sanitaria . priorizando areas criticas.

EN el año 2021, asumio la responsabilidad de la Plataforma de atencion al usuario en Salud, personal tecnico en Enfermeria a tiempo completo.



CUADRO N° 8
TOTAL DE RECLAMOS ESTABLECIDOS SEGÚN CAUSA
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-2021



| CAUSA DEL RECLAMO | N° | DETALLE |
|---|----|---|
| Demora en la entrega de formatos en la IPRESS | | |
| Demora en la prestación de servicios de Salud | 2 | Demora en la atención de emergencia por demanda de servicio, por falta o demora del personal. |
| Deficiencia en la información brindada en el EESS | | |
| Demora de acceso a los servicios de atención al asegurado | | |
| Disconformidad por el cobro de gastos no cubiertos | | |
| Disconformidad por los cobros por la atención | | |
| Calidad de la Atención en Salud | 1 | Relacionado con la Hospitalización. |
| Deficiencia en el orden y la limpieza y Bioseguridad del EESS | | |
| Relativos a la infraestructura y el equipamiento | | |
| No conformidad con la prescripción, el suministro de medicamentos o insumos en los EESS | | |
| Disconformidad con el trato recibido | 1 | Descortesía del personal asistencial no medico |
| Disconformidad con el trato recibido | | |
| Confidencialidad y consentimiento informado | | |
| Otros relativos a la prestación | | |

Fuente : Unidad de Calidad

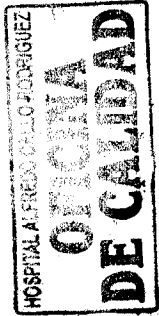
En el Año 2021, se ha tenido cuatro Reclamos suscrito en el Libro de Reclamaciones, de los cuales dos reclamos no procede debido no consignan los datos completos, ilegibles, los otros dos reclamos presentados en el mes de mayo se ha emitido las Cartas de Respuesta al usuario respectivo en el mes de julio 2021.

De acuerdo a los servicios en donde se identificaron insatisfacción tenemos:



CUADRO N° 9

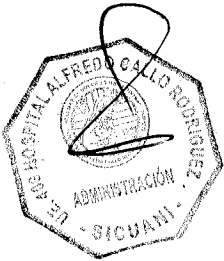
RECLAMOS RECIBIDOS SEGÚN UNIDAD/SERVICIOS EN DONDE SE PRESENTO EL RECLAMO-HACR-S.



| UNIDAD/SERVICIO DE SALUD DE QUIEN SE PRESENTO RECLAMO | NUMERO DE RECLAMOS ESTABLECIDOS |
|---|---------------------------------|
| SERVICIO DE MATERNIDAD | 01 |
| UNIDAD DE VIGILANCIA | 01 |
| SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTETRICA. | 02 |
| TOTAL | 04 |

Fuente: Unidad de Calidad

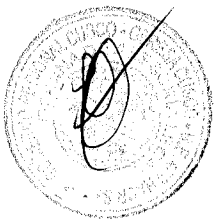
En el Año 2021, el presente cuadro nos muestra que la insatisfacción de la prestación brindada ocurrieron en TRES servicios como es: Hospitalización de Maternidad, Unidad de Vigilancia, servicio de Emergencia Obstetrica.



CUADRO N° 10
 RECLAMOS SEGÚN CLASIFICACION
 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ II-1

| TOTAL DE RECLAMOS | CLASIFICACION DEL RECLAMO | | |
|-------------------|---------------------------|---------|---------|
| | FUND. | INFUND. | IMPROC. |
| 04 | 01 | 01 | 02 |

Fuente : Unidad DE Calidad



CUADRO N° 11
 PROCESO DE ATENCION DE RECLAMO
 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ II-1

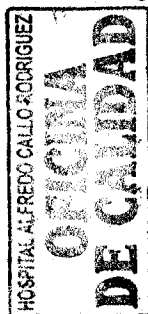
| NUMERO RECLAMOS CON | | NUMERO DE RECLAMOS EN | |
|---------------------|-----------------|-----------------------|----------|
| EXPEDIENTE | INFORME O CARTA | TRAMITE | RESUELTO |
| 02 | 02 | 0 | 02 |

Fuente : Unidad DE Calidad

EN los cuadros 14 y 15, se puede observar de los cuatro reclamos presentados, de los cuales dos reclamos fueron improcedentes por datos incompletos, ilegibles, no facilitándose realizar la investigación respectiva, los dos reclamos se emitieron la Carta de respuesta al usuario, considerándose resuelto.



1.1. De acuerdo a la forma de negociación con respecto al manejo de reclamaciones se tiene:



CUADRO N° 12
RECLAMOS SOLUCIONADOS SEGÚN IBOS/TRATO DIRECTO

| N° DE RECLAMOS SOLUCIONADOS POR IBOS | N° DE RECLAMOS SOLUCIONADOS POR TRATO DIRECTO |
|--------------------------------------|---|
| 118 | 0 |

El total de Interposición de buenos oficios presentados fueron 218, de los cuales solo 118 reclamos fueron solucionados el 54%, los demás casos en proceso y otros improcedentes. los reclamos de trato directo no se tuvo en el Año 2021

CUADRO N° 13
SUGERENCIAS ESTABLECIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO A TRAVÉS DE LA PAUS/BUZONES DE SUGERENCIAS, AÑO 2021

| SUGERENCIAS PRESENTADAS POR PLATAFORMA DE ATENCION | SUGERENCIAS PRESENTADAS POR BUZON DE SUGERENCIAS | N° DE SUGERENCIAS EN PROCESO DE IMPLEMENTACION | N° DE SUGERENCIAS IMPLEMENTADAS | N° DE SUGERENCIAS IMPROCEDENTES |
|--|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 10 | 0 | 06 | 02 | 02 |

EN el año 2021, se ha tenido un total de diez sugerencias.

2.1.2.4.3.2. MEDICIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

La definición operativa del Clima Organizacional, establecida por el MINSA, "son las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tiene lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo". Las variables que se tomaron en cuenta son: Potencial Humano con 04 dimensiones (Liderazgo, Innovación, Recompensa y Confort), Diseño Organizacional con 04 dimensiones (Estructura, Toma de Decisiones, Comunicación organizacional y Remuneración) y la Cultura de la Organización con 03 dimensiones (Identidad, Conflicto y Cooperación y Motivación).

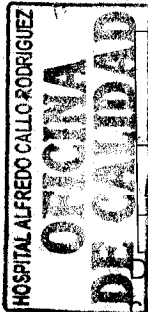
Los criterios de valoración cuantitativa es una proporción en porcentajes, la valoración cualitativa de la medición está clasificada en tres categorías, vinculadas a la valoración cuantitativa, expresadas de la siguiente manera: cuando el porcentaje general de la organización es inferior al 56% se califica como "No Saludable", cuando el porcentaje



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
“ AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD ”



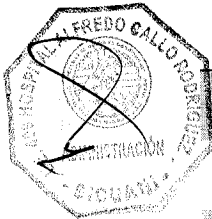
es igual o mayor de 56% y menor de 84% se califica como “Por mejorar” y cuando el porcentaje es mayor a 84% se califica como “Saludable”.¹¹



| VARIABLE / DIMENSION | RANGO DE PUNTUACION | EVALUACION DE LA PUNTUACIÓN | | | PUNTUACION | EVALUACION DE CLIMA |
|----------------------|---------------------|-----------------------------|-------------|-----------|------------|---------------------|
| | | No Saludable | Por mejorar | Saludable | | |
| CLIMA ORGANIZACIONAL | 28 a 112 | Menos de 56 | 56 a 84 | Más de 84 | 80.53 | Por Mejorar |

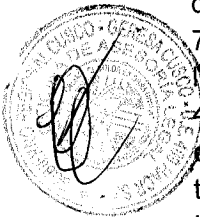
De acuerdo a los rangos de ponderación del Aplicativo de Clima Organizacional, la calificación general de Clima Organizacional es de 80.53, ubicándose dentro de la ponderación **POR MEJORAR**.

Los resultados del Estudio de Clima Organizacional por variables identifican los siguientes resultados:



| Variables | Rango de Puntuación | Resultados DIRESA Cusco | Evaluación | % Insatisfechos | % Satisfechos |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|-------------|-----------------|---------------|
| Potencial Humano | 11 a 44 | 30.03 | Por Mejorar | 70% | 30% |
| Diseño Organizacional | 9 a 36 | 27.13 | Saludable | 40% | 60% |
| Cultura de Organización | 8 a 32 | 23.38 | Por Mejorar | 77% | 23% |

En el presente cuadro apreciamos el resultado y promedio de las diferentes variables que presenta el aplicativo de Clima Organizacional, cuya calificación se encuentra dentro de la Escala de Evaluación: **Por Mejorar**. En la variable Potencial Humano un 70% de trabajadores están insatisfechos con el nivel de Confort, innovación y liderazgo del sistema social interno de la organización. En Diseño Organizacional un 40% de trabajadores están insatisfechos con respecto a remuneración y toma de decisiones que se dan en la institución, y en Cultura de Organización un 77% de trabajadores están insatisfechos por la falta de motivación y problemas interpersonales.



2.1.2.5. COMPONENTE DE GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

Desde el periodo 2013 al 2021 el Hospital Alfredo Callo Rodríguez como organo desconcentrado fortalece las capacidades organizativas, Técnicas de gestión de los equipos de gestión de la calidad, con el propósito de contribuir a la sostenibilidad del sistema y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada aun es parcial en su efectividad, orientándose a la satisfacción del usuario.

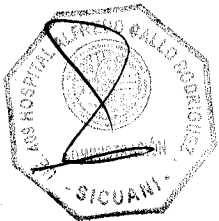


A.- AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD



La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es uno de los mecanismos que evalúa el proceso de atención al usuario, identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, facilitando cambios hacia el desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias, dentro del marco ético-legal, buscando contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la Salud en la prestación de la atención en los establecimientos del sector Salud según niveles de complejidad.

Desde el periodo 2018 al 2020, se dio continuidad al fortalecimiento de la implementación del proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, mediante la implementación del plan regional de auditoría, la conformación y mejora de competencias de los comités y equipos de auditoría a nivel de servicios de Hospitalización, emergencia y consultorios externos, para la ejecución de auditorías de manera planificada, así como la implementación y seguimiento de recomendaciones tomando en cuenta la organización y problemática de cada servicio y/ unidad de la IPRESS del HACRS, desarrollándose este proceso de la siguiente manera:

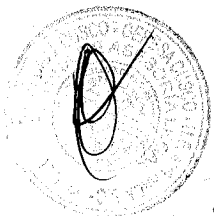


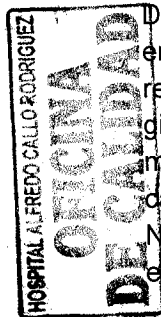
CUADRO N° 14
INDICADORES DE LOS PROCESOS DE AUDITORIAS REALIZADAS
U.E.409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
2021

| AUDITORIA | REALIZADOS | | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----|------|-----|------|-----|
| | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Auditoria de Calidad. De registro | 56 | 25 | 67 | 25 | 80 | 50 |
| A.De caso (Materno- Neonatal | 03 | 100 | 01 | 100 | 03 | 100 |
| A. Programadas | 01 | 25 | 03 | 50 | 00 | 00 |

Fuente: Informes de Auditorias de la OGC-HACRS

- Las **AUDITORIAS DE CASO** se desarrollaron las auditorias de caso de muertes maternas y neonatales el 100% , ejecutadas por los comités de auditoría acreditados de la IPRESS donde se suscitó el caso, cuyos hallazgos se identificaron las deficiencias en la capacidad de respuesta en los procesos asistenciales y gerenciales de la atención con parcial adherencia a las guías de práctica clínica y debilidades en el manejo de las normas técnicas de salud, teniendo como resultado las recomendaciones que permitieron fortalecer las competencias técnicas del personal de salud e implementar estrategias que contribuyeron a la mejora de la calidad de atención para lograr la satisfacción del usuario.
- Las **AUDITORIAS PROGRAMADAS** , no fueron realizadas por los equipos de auditoría multidisciplinarios de los servicios hospitalarios.





De igual manera se programó la evaluación de registros, la cual aún se encuentra en proceso de implementación en la IPRESS fue evaluado la calidad de los registros hospitalarios de los servicios de cirugía general, pediatría, medicina, ginecología, maternidad, consulta externa y emergencias obteniendo resultados no mayor al 89% demostrando que aún no se ha logrado llegar a niveles óptimos en la calidad del registro de la historia clínica mostrando deficiencias en el manejo de la NTS N°139 Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica, que se traduce en errores de interpretación y en la atención de salud.

- La **IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES** es aún limitado teniendo como resultado el 17% del total de las recomendaciones identificadas que aún no son implementadas por falta de disposición del personal a cargo por mejorar la problemática encontrada, dada la emergencia sanitaria de la enfermedad de Coronavirus, la intervención de todo el equipo de salud ha tenido limitaciones en la implementación de proyectos de mejora a largo plazo.
En relación a los resultados de las auditorías de caso y evaluación de calidad de registro se elaboraron mejoras.

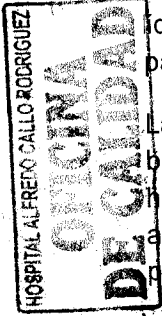
B. SEGURIDAD DE PACIENTE

El Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como la Cultura de seguridad, el estudio de eventos adversos, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, Comunicación de la información (notificación de eventos adversos), la realización de procedimientos correctos en lugares del cuerpo correcto, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, mejora de la higiene para prevenir infecciones.

El proceso de implementación fue desde el año 2013 en forma progresiva. Se inició con el aspecto organizativo, mejora de capacidades y la aplicación de los instrumentos establecidos por el MINSA, producto de ello se cuenta con algunos resultados relacionados a la aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de salud, Control de las infecciones intrahospitalarias, principalmente en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez del segundo nivel de atención.

El **100 %** de cirugías se realiza la lista de verificación de la seguridad de Cirugía, el cual se puede comprobar con las copias que son emitidas a la oficina de calidad mensualmente, previo análisis mensual.

Se cuenta con la validación del formato de Rondas de seguridad del paciente, el cual es aplicado en el año 2019, el control de las infecciones intrahospitalarias se implementó la Guía técnica de higiene de manos y fichas de Higiene de manos, donde precisa el tiempo, los pasos y la adherencia en



todos los servicios. La implementación al 100% de dispensadores de jabón líquido y papel toalla, asimismo, implementado en los servicios higiénicos para los pacientes y familiares.

La aplicación de los formatos de Rondas de seguridad del paciente de las trece buenas prácticas, en forma mensual a los diferentes servicios de hospitalización, emergencia y consultorios externos, los resultados obtenidos de acuerdo a la semaforización para su intervención, emitiéndose el informe respectivo para su mejoramiento e implementación de mejoras.

La implementación de los formatos fue:

- Evaluación de Riesgo de Caídas y de dolor aprobado con R.O. N°227-2017-DRSC/UE.409-HACR-S/URRHH.
- Formato de valoración del dolor para el servicio de Neonatología y Pediatría aprobado con R.O. N°230-2017-DRSC/UE.409-HACR-S/URRHH.
- Formatos de Seguridad en el paciente de Centro Quirúrgico (situación del paciente que ingresa a sala de operaciones y entrega de paciente post-operados a servicios de hospitalización) aprobado con R.D. N°231-2017-DRSC/UE.409-HACR-S/URRHH.

Formatos de consentimiento informado aplicado en casos de tratamiento especiales en el servicio de Medicina, aprobado con R.D. N° 232-2018-DRSC/U.E.409-HACR-S/URRHH.

Formato de cumplimiento del personal de limpieza en los servicios de Hospitalización, aplicado en los turnos nocturnos con la finalidad de contribuir a la disminución de los riesgos a la salud de las personas que pueden originarse por las inadecuadas prácticas de limpieza y desinfección de ambientes, aprobado con R.D. N° 056-2018-DRSC/U.E.409-HACR-S/URRHH.

Se implementó pulseras de Identificación para los recién nacidos y adultos, se distribuye mediante el paquete de atención del recién nacido, quedando de los adultos por distribuir debido a la tardía adquisición de dichos insumos.

En el año 2018, se implementó pulseras de identificación de los adultos a todos los pacientes hospitalizados el 100%. Asimismo, se implementó la estrategia multimodal para la higiene de manos, realizando un plan de mejora buscando la adherencia a la Higiene de Manos en los cinco momentos de la atención, privilegiando el uso del alcohol gel.

Durante los años 2018 y 2019, los resultados de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, procesos inseguros, ausencia de una cultura de seguridad entre otros, sin embargo la frecuencia de los eventos adversos aun es poco identificado, la notificación es limitado, pone de

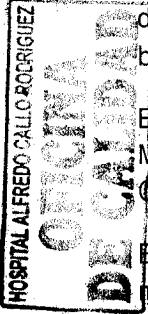


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

manifiesto la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno socio sanitario, siendo la prioridad estratégica de seguir las recomendaciones basadas en la evidencia; difundir las buenas prácticas; y aplicar la garantía para la seguridad clínica.



EN el año 2020, se realizo la evaluacion de Rondas de Seguridad en los servicios de Medicina, Cirugia, Pediatria, Ginecoobstetricia y por la emergencia sanitaria de la Pandemia Covid-19, se priorizo el Area Covid de Hospitalizacion, obteniendo resultados menor a 60%.

En el año 2021, se continuo con la aplicación de Rondas de Seguridad , cronogramado cada mes , evaluandose a todos los servicios de hospitalizacion , resultados no aceptables, por poco compromiso de los jefes de servicios en la implementacion de los Protocolos . Asimismo, se implemento el marcador quirurgico para su cumplimiento del personal Medico Cirujano y Ginecologico.

CUADRO N° 15

RESULTADO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR BARRERAS
HOSPITALES ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-2021

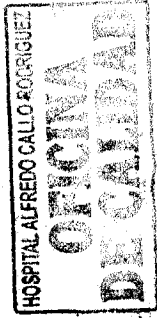
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS BARRERAS DE SEGURIDAD POR SERVICIOS 2021 | | | | | | | | | |
|--|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|----------------|-------------|------------|------------------|
| | CATEGORÍA | PLANIFICADA | REALIZADA | NO REALIZADA | CAUSAS | NO CONSIDERADO | NO CUMPLIDO | CONSERVADO | CONSULTA EXTERNA |
| 1. REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA | 55 | 48 | 63 | 70 | 39 | 63 | 78 | 76 | 13 |
| 2. SEGURIDAD DEL PACIENTE | 57 | 54 | 42 | 38 | 54 | 67 | 70 | 81 | 55 |
| 2.1 IDENTIFICACION CORRECTA | 57 | 33 | 50 | 86 | 40 | 43 | 67 | 83 | 33 |
| 3. PREVENCIÓN DE FUMOS | 88 | 88 | 17 | 17 | 10 | 20 | 83 | 40 | 20 |
| 4. SEGURIDAD EN LA MEDICACION | 70 | 29 | 80 | 40 | 60 | 89 | 70 | 68 | 33 |
| 5. PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 48 | 0 | 35 | 43 | 11 | 43 | 27 | 33 | 0 |
| 7. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE UPP | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 22 | 80 | 50 |
| 8. Seguridad sexual | 17 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | 60 | 0 | 38 | 17 | 38 | 43 | 75 | 10 | 86 |
| 10. COMUNICACIÓN EFECTIVA | 80 | 30 | 80 | 43 | 70 | 80 | 10 | 66 | 57 |
| 11. MARIFFE DE MAMAS | 63 | 88 | 75 | 70 | 88 | 63 | 38 | 66 | 63 |
| 12. BIOSSEGURIDAD | 68 | 43 | 75 | 88 | 43 | 50 | 50 | 86 | 43 |
| 13. FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS | 40 | 20 | 40 | 60 | 40 | 40 | 60 | 60 | 0 |
| Promedio General de Cumplimiento | 50 | 36 | 46 | 51 | 48 | 49 | 62 | 70 | 34 |

Fuente: Informes mensuales de OGC.

los resultados de la Rondas y el AMFE a nivel de servicios; se implementan las mejoras de acuerdo a las fallas detectadas, las mismas que tendrán un proceso de monitoreo.



CUADRO N° 16
MONITOREO ANUAL DEL REPORTE
DE EVENTOS ADVERSOS-H.A.C.R.-2021



| EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN EL AÑO 2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|--|
| N° | SERVICIOS | E | F | M | MAYO | J | JUNIO | J | JULIO | A | AGOSTO | S | SEPTIEMBRE | O | NOVIEMBRE | D | VIENE | ANUAL | |
| 1 | Administración | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 2 | CENTRO QUIRÚRGICO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3 | CENTRO QUIRÚRGICO | 4 | 1 | 0 | 11 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 | |
| 4 | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| 5 | ECOGRAFÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6 | ECOGRAFÍA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 7 | EMERGENCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 8 | FARMACIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 9 | LABORATORIO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 10 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 11 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 12 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 13 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 14 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 15 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 16 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 17 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 18 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 19 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 20 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 21 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 22 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 23 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 24 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 25 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 26 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 27 | MATERIALES Y SUMINISTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL | | 101 | 64 | 128 | 232 | 118 | 137 | 193 | 483 | 201 | 264 | 507 | 722 | 824 | 284 | 304 | 827 | 2384 | |

Fuente: Informes mensuales de OGC.

Durante el año 2021, se tuvo un total de 2384 eventos adversos, de los cuales corresponden 957 eventos de la Unidad de Diagnóstico por imágenes, 885 eventos adversos del servicio de ECOGRAFIA y 70 eventos adversos corresponden al servicio de Centro Quirúrgico, 67 eventos adversos del Area Covid-Hospitalización, 29 eventos del servicio de NUTRICION, 25 eventos de Central de Esterilización, 17 eventos de Farmacia y area de emergencia Covid-19, 7 eventos adversos que corresponde a Emergencia y cinco eventos adversos de Maternidad , los demas servicios Tópico, Pediatría , Neonatología y Laboratorio , no presentaron eventos adversos.

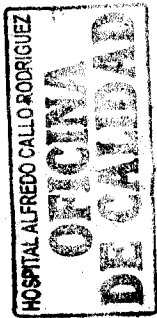
El servicio que mayor número de eventos presentado fue en el Servicio de Diagnóstico por Imágenes , Centro Quirúrgico y Ecografía , siendo la causa ordenes medicas con letra ilegible e incompleta, Hipertensión arterial, hipotensión arterial, La sugerencia casos suscitados , mejorar la letra por ser ilegible.



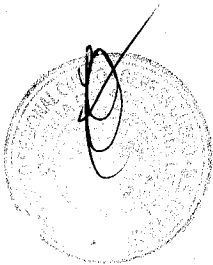
DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

La aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, la entrega de pacientes post-operados a los servicios de hospitalización y la situación o condición del paciente que ingresa a sala de operaciones, principales herramientas para un mejor análisis de las intervenciones quirúrgicas.

INCIDENTES EN EL CENTRO QUIRURGICO AL AÑO 2021

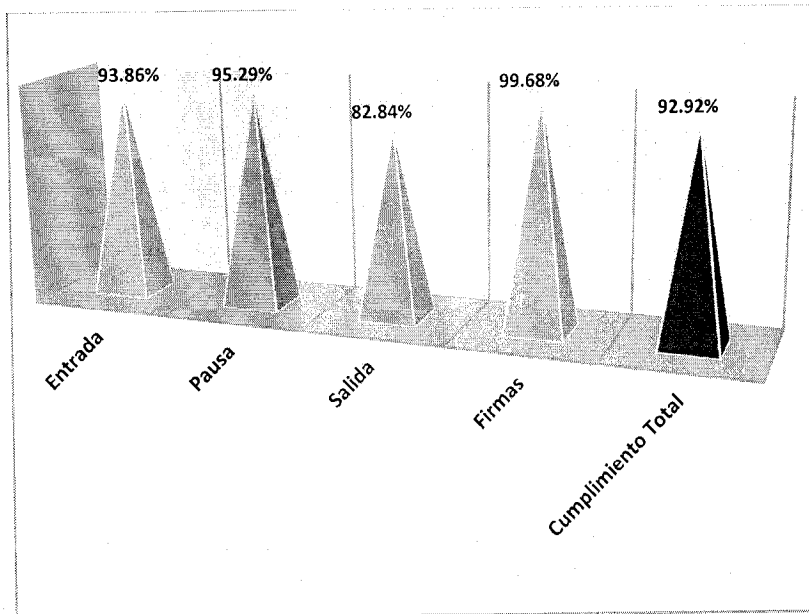
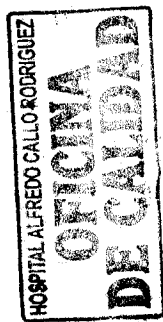


| |
|---|
| Paciente sin riesgo quirúrgico. |
| Paciente sin brazaletes de identificación |
| Paciente con DNI de brazaletes no coincide con la Hoja de Hospitalización. |
| Paciente sin antibioticoterapia |
| Paciente sin pedido de sala , |
| Paciente sin firma de padres. |
| Paciente sin consentimiento de anestesia |
| Paciente con rotulo de Cloruro de sodio con nombre equivocado del paciente. |
| Paciente con formatos incompletos en Historia Clínica |
| Paciente sin análisis de laboratorio. |
| Paciente con esparadrappo sucio y no indica alergias. |
| Paciente CON VIA infiltrada |
| Paciente indica alergia a Penicilina |
| Paciente Ingresa sin hoja de Hospitalización. |
| Paciente dejan sola en pasillo de recepción por 20 minutos |
| Paciente sin marcado del sitio quirúrgico |
| Paciente con Hipertensión arterial |
| Paciente con vejiga llena |
| Paciente Re intervenido no se realizó la LVSC |
| PACIENTE sin documentos por emergencia |
| Paciente con dientes postizos |

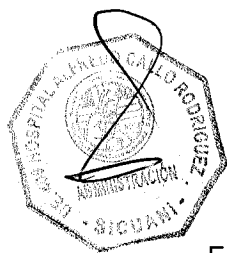




CUADRO N° 17
 CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE CIRUGÍA
 HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ -2021

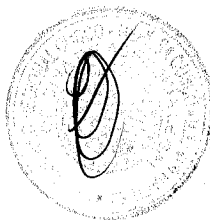


Fuente: Informe de cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de cirugía –OGC.



El año 2021 se fortaleció la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía Segura en el hospital de segundo nivel, considerando los aspectos técnicos administrativos: Conformación del Equipo conductor de Seguridad de la Cirugía refrendado con una RD, desarrollo de programas de capacitación en el desarrollo de las herramientas de la cirugía segura y la sistematización de la información en el Hospital Alfredo Callo Rodriguez de Sicuani. obteniéndose los siguientes resultados.

El cumplimiento total fue 92.92% de cumplimiento, especificando que en la Entrada se cumplió el 93.86%, la Pausa fue 95.29% y la salida fue 82.84% y el cumplimiento de Firmas fue 99.68%.

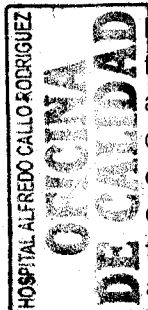


C.- ACREDITACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS:

En este contexto, la Norma Técnica establece que la Acreditación es un proceso por el cual una entidad es evaluada respecto a la organización de su atención sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos diseñados para mejorar la calidad de atención. Implica la implementación y evaluación periódica de una serie de estándares previamente definidos, los que han sido agrupados según macroproceso de orden gerencial, asistencial y de apoyo, dentro de los cuales se establecen estándares y atributos de calidad, los que permiten evaluar el



desempeño institucional y promover acciones de mejoramiento continuo en la atención en salud.



La Acreditación como proceso de evaluación periódica implementada con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de Salud, basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de Alcanzar y, consolidar el desarrollo de la autoevaluación en la U.E. N° 409-HACR con el despliegue de asistencia técnica cuya meta fundamental es la acreditación del EE.SS de mayor nivel resolutivo en cada ámbito y generar potencialidades en la facilitación de los procesos de Acreditación y mejora para el desarrollo de este proceso.

Para lograr dichos resultados se desarrollaron Capacitaciones organizados por la GERESA CUSCO, REDSCE, para fortalecer competencias como Autoevaluadores Internos seleccionados. Se tiene resultados de los años 2013-2014, el cual se utiliza como línea de base para mejorar los procesos en la acreditación del HACRS. Durante el año 2018 se desarrolló la autoevaluación, los resultados obtenidos en proceso de mejora. Que se ha incorporado como parte de cultura organizacional con una visión de mejorar procesos para que en el futuro garantice la calidad de atención.

EN EL año 2019, se actualizado las normativas de la lista de acreditación, verificación de los anexos de cada macroproceso, programándose el desarrollo de la Autoevaluación para el año 2020. EN el año 2020, se desarrollo la autovaluacion de los 328 criterios de la autoevaluación obteniendo resultados el 51%.

En el año 2021, se obtuvo el puntaje de 49% de la Autoevaluacion realizada para la Acreditacion de la IPRESS.

CUADRO N° 18
RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ -2021
POR CATEGORIA

| | 2013 | 2014 | 2018 | 2020 | 2021 |
|---------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| GERENCIAL | 30.09% | 54.46 | 46.48 | 59.61% | 54.75 |
| PRESTACIONAL | 36.44% | 56.20 | 52.14 | 48.79% | 43.82 |
| DE APOYO | 28.72% | 53.11 | 42.70 | 44.13% | 49.22 |
| RESULTADO | 32.29 % | 54.82 | 47.80 | 51% | 49% |
| PUNTAJES | 187.46 | 318.25 | 277.48 | 298.47 | 286.93 |
| | puntos | puntos | Puntos | puntos | puntos |

Fuente : informe del aplicativo de Oficina de Calidad



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

El Hospital Alfredo Callo Rodríguez, desarrollo, Cinco autoevaluaciones continuas 2013 , 2014, 2018 y 2020. En el año 2021 se obtuvo el 49 % considerando las mejoras en proceso.

CUADRO N° 19

RESULTADO DETALLADO POR MACROPROCESOS
SEGÚN PORCENTAJE H.A.C.R.S
2021

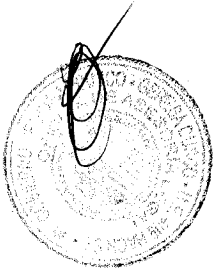


| Macroproceso | Puntaje | Porcentaje |
|--|---------|------------|
| DIR. Direccionamiento | 30.87 | 58.82% |
| GRH. Gestión de recursos humanos | 10.42 | 26.47% |
| GCA. Gestión de la calidad | 39.20 | 65.37% |
| MRA. Manejo del riesgo de atención | 25.23 | 54.95% |
| GSD. Gestión de seguridad ante desastres | 4.22 | 32.14% |
| CSP. Control de la gestión y prestación | 15.77 | 48.08% |
| ATA. Atención ambulatoria | 18.37 | 40.00% |
| AEX. Atención extramural | 0.00 | 0.00% |
| ATH. Atención de hospitalización | 18.33 | 41.00% |
| EMG. Atención de emergencias | 16.92 | 36.84% |
| ATQ. Atención quirúrgica | 26.38 | 57.45% |
| DIV. Docencia e Investigación | 0.00 | 0.00% |
| ADI. Atención de apoyo diagnóstico y terapéutico | 4.85 | 29.55% |
| ADA. Admisión y alta | 5.39 | 32.86% |
| RCR. Referencia y contrareferencia | 12.90 | 75.00% |
| GMD. Gestión de medicamentos | 12.99 | 78.85% |
| GIN. Gestión de la información | 6.42 | 39.13% |
| DLDE. Descontaminación, limpieza, desinfección, esteriliz. | 5.94 | 36.21% |
| MRS. Manejo del riesgo social | 8.20 | 50.00% |
| NYD. Nutrición y dietética | 6.75 | 41.18% |
| GIM. Gestión de insumos y materiales | 10.72 | 65.38% |
| EIP. Gestión de equipos e infraestructura | 7.24 | 44.12% |

FUENTE: Oficina de Calidad

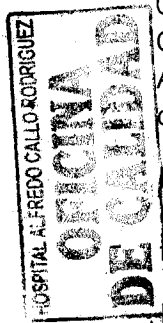
D. MEJORAMIENTO CONTINUO

Los procesos de mejoramiento continuo requieren una metodología de trabajo que permita a partir de los resultados obtenidos establecer una línea de continuidad en el desarrollo de acciones, programas y proyectos de mejora continua a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia. Para ello se cuenta con herramientas, estrategias y resultado de las diferentes mediciones del cumplimiento de estándares y normas.





En el año 2013 se elaboró el Proyecto de Mejora "Mejoramiento del Sistema Administrativo del SIS"; en el Año 2014 no se logró implementar ningún Proyecto de Mejora y para el año 2015 se fortalecieron las Competencias al personal de salud en Gestión de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad en Salud, en una capacitación desarrollada en el Auditorium del HACR; también se elaboraron 3 Proyectos de Mejora que no se concluyeron.



El 2016 se formuló un proyecto "implementación de la oferta de la atención de parto vertical en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2017-2019 la cual no fue aprobado.

En el 2017, se elaboró dos proyectos de mejora implementados:

1. Disminución del Riesgo de Caídas en pacientes hospitalizados en la U.E.Nº409-HACR.
2. Implementar mecanismo de atención de Reclamos en la U.E.Nº409-H.A.C.R-S.

• **Proyectos en Etapa de Estudio**

El Hospital Alfredo Callo Rodríguez realizo 01 Proyecto de Mejora durante el año para la evaluación respectiva, con la finalidad de contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad, acortar las brechas identificadas en la Autoevaluación, Estudio de satisfacción del usuario externo, Cultura Organizacional, Mecanismos de Información, Auditorias de Calidad de Atención y seguridad del Paciente.

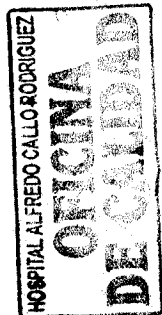
• **Proyecto en la Fase de Implementación:**

Se cuenta con un Proyecto de Mejora , donde se implementan cambios favorables propuestos para la Organización teniendo como resultado disminuir el índice de **grado de insatisfacción y percepción del usuario interno**, Clima laboral saludable, aprobados por la IPRESS.

CUADRO N° 20
PROYECTO DE MEJORA 2019-2020-2021

| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | PROYECTO FORMULADO | | | PROYECTO IMPLEMENTADO | | | TOTAL |
|----------------------------------|--------------------|------|------|-----------------------|------|------|-------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2019 | 2020 | 2021 | |
| Hospital Alfredo Callo Rodríguez | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |

Fuente: Unidad de Calidad



1. Implementación sostenible de las metas internacionales de seguridad del paciente.
2. Implementación sostenible de la segregación de los residuos sólidos.
3. Implementación sostenible de la Adherencia de Higiene de Manos.
4. Se presentó un proyecto de mejora, por el equipo denominado Fortalecimiento del Bienestar Integral del trabajador del Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Setiembre a diciembre 2021, la finalidad atender las necesidades socioemocionales emergentes del personal de los servidores de la entidad que contribuirá a generar una cultura organizacional más humana, solidaria y consolidada que permita elevar el nivel de rendimiento de los trabajadores, mejor desempeño laboral, asimismo mantener la salud física y mental estables, generar conductas positivas mejora las relaciones interpersonales y mejora la calidad en el servicio.

E. CULTURA ORGANIZACIONAL.

La medición de la Cultura Organizacional constituye una herramienta de gestión que permite detectar que deficiencias encuentran los trabajadores de salud en su relación con la organización y que aspectos les satisfacen y cuales les producen insatisfacción y en qué medida afecta su desempeño laboral.

En el 2017 y 2018 se aplicó la encuesta en la U.E.409-HACR-S, siendo los resultados que en la variable Potencial Humano un 53% de trabajadores están insatisfechos con el nivel de liderazgo y eficacia del sistema social interno de la organización. En Diseño Organizacional un 50% de trabajadores están insatisfechos con respecto a los estilos de comunicación, remuneración y toma de decisiones que se dan en la institución, y en Cultura de Organización un 66% de trabajadores están insatisfechos por la falta de identificación con la institución, falta de motivación y problemas interpersonales.

Las encuestas aplicadas en el año 2017 fueron a 196 trabajadores y en el año 2018 se aplicó 214 encuestas a trabajadores, siendo validadas 175 encuestas.

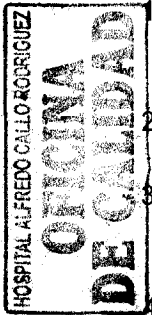
En el año 2019, se aplicó otro instrumento para la medición que está clasificado por secciones: como del área de trabajo relacionado al trabajo en equipo, soporte laboral, atención al usuario, seguridad del paciente, organización, liderazgo. Otra sección sobre el Hospital que mide el liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, organización. Sobre la sección de la forma que es la comunicación en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Sección sobre el trabajador de Salud relacionado con el trabajo en equipo, motivación/recompensa, liderazgo, manejo de emociones.



En el año 2020 y 2021 por el contexto Covid-19, no se realizó la medición por secciones.

3. PROBLEMAS O NUDOS CRÍTICOS/ OPORTUNIDADES DE MEJORA



1. Limitado cumplimiento de la planificación, fundamentalmente de largo y Mediano plazo, para la implementación de la Oficina de Calidad en nuestra U.E.Nº409- Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
2. Insuficiente avance en la organización para la implementación de la Oficina De Calidad en la U.E.Nº409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
3. Reducido desarrollo e implementación de la gestión de la información para la Calidad de gestión y Provisión de Servicios de Salud en la U.E.Nº409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
4. Poco desarrollo e implementación de la Garantía y Seguridad de la Gestión y Provisión de servicios de Salud en la U.E.Nº409- Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
5. Escasa cultura de mejoramiento continuo, para la Gestión y Provisión de Servicios de Salud en la U.E.Nº409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
6. Insuficiente cultura de mejoramiento continuo, para la Gestión y Provisión De servicios de Salud en el ámbito Regional.
7. No se cuenta con un profesional medico auditor
8. poco compromiso por parte del personal de salud en los temas referentes a mejorar la calidad de atención al usuario
9. poco involucramiento de los comités de calidad .
10. Poca participación de equipos de calidad interdisciplinario en cada servicio
11. Poco cumplimiento de horas de auditoria programadas para la realización de las auditorias medicas .
12. Sobrecarga de trabajo para la realización de actividades de calidad
13. Actitud negativa del personal sobre las actividades del PAUS e información de los derechos del usuario

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Promover la Mejora Continua de la Calidad de Atención en los servicios de salud de la U.E.Nº409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Implementar el Control de la Gestión Sanitaria, con énfasis en el Monitoreo, asistencia técnica en los servicios, Rondas de seguridad, en los diferentes servicios de hospitalización y consultorios externos en la U.E.Nº409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez



2. Formular los Planes de Intervención: largo, mediano y corto plazo, para la mejora continua del sistema de Gestión de la Calidad en la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

3. Proponer e implementar la mejora de los servicios, las organizaciones estructurales y funcionales, para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

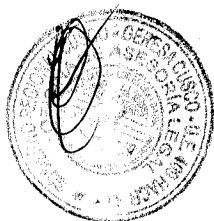
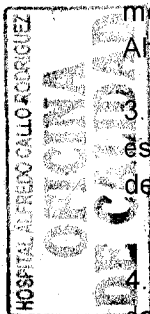
4. Desarrollar e implementar la Gestión de la información, para la toma de decisiones en la Provisión de los Servicios de Salud en la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

5. Implementar las herramientas, instrumentos y tecnologías en la Auditoria de la Calidad de Atención, Seguridad del Paciente, Acreditación de los Servicios de Salud en la U.E.N°409-HACR-S.

6. Implementar las herramientas, instrumentos y tecnologías en el mejoramiento continuo, a través de la identificación de oportunidades de mejora, alternativas de solución, implementación, evaluación e institucionalización de Los programas, planes y acciones en la gestión y provisión de Servicios de Salud en la U.E.N°409-H.A.C.R-S.

5. ESTRATEGIAS

- Desarrollo de capacidades, en organización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, del personal asistencial y administrativa que conducen a los órganos desconcentrados de la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez con énfasis en la mejora continua para el Logro de Resultados.
- Desarrollo de Políticas públicas, abogacía y alianzas con los actores públicos, privados y la sociedad civil, para promover e implementar la cultura de mejoramiento continuo, en la gestión sanitaria y la provisión de los servicios de salud.
- Mejorar los procesos de monitoreo y evaluación de los Indicadores de Calidad y seguridad, así como la aplicación de los Instrumentos de la Gestión de Calidad en salud y mejora continua de atención en IPRESS según categoría
- Fortalecer la Garantía de Calidad promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el marco de la Acreditación de la IPRESS del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
- Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de Calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a prácticas Seguras de Atención.
- Diseñar, implementar, monitorear y evaluar la incorporación de





estrategias para la implementación de una cultura de seguridad y humanización de la atención en salud.

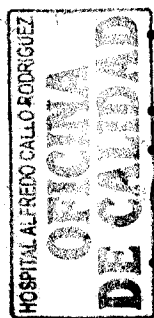
Contrato de un profesional de Enfermería para la Plataforma de atención al usuario .

Contrato de un personal médico para la realización de las auditorías médicas.

Designar responsable de Capacitación para la Incorporación en el Plan de Capacitación los temas referentes a la Gestión de la Calidad pero de manera descentralizada por servicios

Las reuniones de los comités deben ser convocados por la Dirección para asegurar la presencia del personal

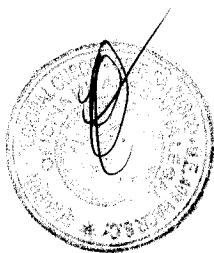
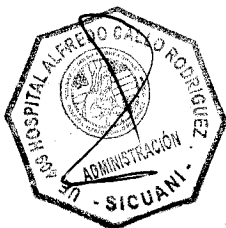
- A través de la dirección fomentar la formación de los equipos de calidad por cada servicio y trabajar los temas de calidad con ellos.
- Los procesos de capacitación deben ser reconocidos mediante un certificado de asistencia previo cumplimiento de requisitos
- Programación de actividades de calidad dentro de las horas de trabajo (comité de auditoría)
- Informar y sensibilizar al personal sobre las actividades del PAUS



6 ANEXOS ADJUNTOS.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 640-2006/MINSA que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
- R.M. N°502 – 2016/MINSA, que aprueba NT N° 029. V2. "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- R.M. N°214-2018/MINSA. NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN. NTS PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA..
- Documento Técnico de Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, marzo de 2015. 25.
- Dirección de Calidad en Salud. Proyectos de Mejora de la calidad reconocidos en los Encuentros Nacionales de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la calidad en Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud- Lima: *Ministerio de Salud*, 2015. 262.
- R.M. N°676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico de Política Nacional de la Calidad en Salud.



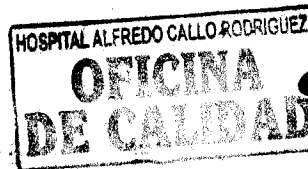
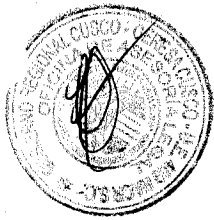
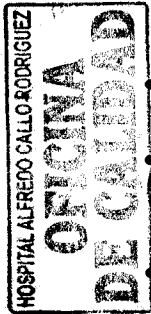


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SUCUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
" AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD "

- R.M. N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- R.M. N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad.
- Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente: Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/VOL. 01.
- R.M. N° 163-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la Atención de Salud
- R.M. N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Norma Técnica N°050-MINSA-DGSP-V.02. Listado de Estandares de Acreditacion para establecimientos de Salud y Servicios Medicos de Apoyo.
- **Decreto Supremo N° 002-2019-SA que aprueba la Gestión de Reclamos y Denuncias de las IPRESS-SUSALUD).**
- R.D. N° 1289-2020-DRSC/OGRH : Directiva Sanitaria de Encuestas Rapidas de Satisfaccion de Usuario para EESS DEL I, II Y III Nivel de Atencion del ambito de la Diresa Cusco.



Lic. Lucía Ramos Chura
C.E.P. 18088



Órgano Desconcentrado RED/ Hospital:

| N° T. Actividad | Actividades y Tareas | | CRONOGRAMA | | | | | | | | | | | | SUPUESTO-FUENTE DE FINANCIAMIENTO | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------------|------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----------|----|
| | UMI | Meta | Tareas | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic | Costo | RO | RDR | DyT | RDR | Sub Total | |
| 1 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan táctico de la D | | | | | | | | | | | | | 25 | 25 | | | | | 25 |
| 2 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan de Alcevaluz | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 3 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan de Seguridad | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 4 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan de Auditoría | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 5 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan/rdr de Supervi | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 6 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan/rdr de Supervi | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 7 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan/rdr de Evaluad | | | | | | | | | | | | | 15 | 15 | | | | | 15 |
| 8 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan/rdr de Monitor | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 9 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan/rdr de Evaluad | | | | | | | | | | | | | 15 | 15 | | | | | 15 |
| 10 | Elaboración del Plan de Plan aprob | 10 | Plan/rdr de Monitor | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 11 | Evaluación del avance | 3 | Monitoreo de ejecuc | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 12 | Vigilancia de la implem | 3 | Conformación del E | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 13 | Vigilancia de la implem | 12 | Aplicación de la Lis | | | | | | | | | | | | | 3 | 3 | | | | | 3 |
| 14 | Vigilancia de la implem | 4 | Análisis y retroalime | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 15 | Vigilancia de la implem | 4 | Información de los r | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 16 | Vigilancia de la implem | 12 | Aplicación del Regis | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 17 | Vigilancia de la implem | 4 | Análisis y retroalime | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 18 | Vigilancia de la implem | 4 | Información de los r | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 19 | Vigilancia de la implem | 8 | Desarrollo de auditi | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 20 | Implementación de la A | 1 | Desarrollo de auditi | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 21 | Implementación de la A | 1 | Desarrollo de Auditi | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 22 | Implementación de la A | 4 | Desarrollo de acción | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 23 | Implementación de la A | 4 | Planificación de des | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 24 | Implementación de la A | 4 | Planificación de des | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 25 | Desarrollo del Encuent | 0 | Desarrollo del Encue | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 26 | Vigilancia de la adheren | 8 | Conformación del C | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 27 | Vigilancia de la adheren | 3 | Vigilancia de los ins | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 28 | Vigilancia de la adheren | 12 | Observación de la t | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 29 | Vigilancia de la adheren | 8 | Evaluación de la a | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 30 | Vigilancia de la adheren | 8 | Análisis y retroalime | | | | | | | | | | | | | 3 | 3 | | | | | 3 |
| 31 | Vigilancia de la adheren | 8 | Información de los r | | | | | | | | | | | | | 3 | 3 | | | | | 3 |
| 32 | Vigilancia de la implem | 8 | Conformación del E | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 33 | Vigilancia de la implem | 8 | Aplicación del aplic | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 34 | Vigilancia de la implem | 8 | Análisis y retroalime | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 35 | Vigilancia de la implem | 8 | Información de los r | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 36 | Conducción regional de | 0 | Reunión ordinaria de | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 37 | Conducción regional de | 2 | Conformación de la | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 38 | Conducción regional de | 2 | Informe del Inicio de | | | | | | | | | | | | | 3 | 3 | | | | | 3 |
| 39 | Conducción regional de | 2 | Informe de envío de | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 40 | Conducción regional de | 2 | Registro y envío de | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 41 | Conducción regional de | 1 | Envío del informe in | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 42 | Evaluación regional de | 1 | Reconformación de | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 43 | Evaluación regional de | 1 | Envío del informe de | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 44 | Evaluación regional de | 1 | Reconformación de | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 45 | Evaluación regional de | 1 | Envío del informe de | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 46 | Evaluación regional de | 1 | Reconformación de | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 47 | Evaluación regional de | 1 | Envío del informe de | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 48 | Evaluación regional de | 5 | Conformación de C | | | | | | | | | | | | | 20 | 20 | | | | | 20 |
| 49 | Evaluación regional de | 5 | Envío del informe de | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 50 | Supervisión integral de | 5 | Registro y envío de | | | | | | | | | | | | | 20 | 20 | | | | | 20 |
| 51 | Supervisión integral de | 5 | Envío del informe in | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 52 | Supervisión integral de | 4 | Conformación del E | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 53 | Supervisión de los proc | 4 | Registro y envío de | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | | | | | 2 |
| 54 | Supervisión de los proc | 4 | Envío del informe in | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 55 | Asistencia Técnica para | 10 | Reunión Técnica par | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | | | | | 5 |
| 56 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Planificac | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 57 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Organizaci | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 58 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Informació | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 59 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Acreditaci | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 60 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Auditoría | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 61 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Seguridad | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 62 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Evaluació | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 63 | Programa de Desarrollo | 0 | Curso de Mejora Cod | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 64 | Formulación y Aprobac | 0 | Formulación de Dir | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 65 | Formulación y Aprobac | 0 | Formulación de Dir | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | | | | 0 |
| 66 | Formulación y Aprobac | 0 | Aprobación de Dir | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 67 | Fortalecer la gestión | 8 | Análisis y retroalime | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |
| 68 | Fortalecer la gestión | 8 | Información de los r | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | | | | | 10 |