



## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de mayo del 2022

**VISTO:** El Informe N° 293-2022-DIRESA-HRM/05, de fecha 24 de mayo de 2022.

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Informe N° 292-2022-DIRESA-HRM/05, de fecha 24 de mayo de 2022, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad refiere a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua, el Plan de Gestión de la Calidad-Hospital Regional de Moquegua, a fin de solicitar su aprobación;

Que, la Constitución Política del Perú en su artículo 9° señala: "El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud";

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en su Título Preliminar, en su artículo III señala: "Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable";

Que, la Ley N° 27658, Ley del Marco de Modernización de la Gestión del Estado, en su artículo 1.- Declárase al Estado en proceso de modernización, señala: 1.1. Declárase al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano. 1.2. El proceso de modernización de la gestión del Estado será desarrollado de manera coordinada entre el Poder Ejecutivo a través de la Dirección General de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros y el Poder Legislativo a través de la Comisión de Modernización de la Gestión del Estado, con la participación de otras entidades cuando por la materia a desarrollar sea ello necesario;

Que, la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud; la cual en su artículo 15.1° literal e) señala: "a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa";

Que, la Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA, aprueba la Directiva N° 047-2004-DGSP/MINSA-VO1 - "Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo facilitar el proceso de organización y funcionamiento de la estructura de calidad en los Hospitales a nivel nacional";

Que, la Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, aprueba el Documento Técnico: Sistema de gestión de la Calidad de la Atención en Salud"; el cual tiene como objetivo los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;





## Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 24 de mayo del 2022

Contando con el visto bueno de la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad se aprueba el Plan de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Moquegua;

Que, en atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N°007-2017-CR/GRM;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1° APROBAR EL PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA**, el cual se anexa y es parte del presente acto resolutivo.

**Artículo 2° REMITASE** copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional ([www.hospitalmoquegua.gob.pe](http://www.hospitalmoquegua.gob.pe))

**REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

JLHD/DE  
LVM/AL  
C/C D. GENERAL  
ADMINISTRACIÓN  
CALIDAD  
D. MEDICINA  
D. CIRUGÍA  
D. PEDIATRÍA  
D. GINECO-OBSTETRICIA  
D. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS  
D. ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO  
D. CONSULTORIOS EXTERNOS  
D. ODONTOESTOMATOLOGÍA  
D. ENFERMERÍA  
ESTADÍSTICA  
PLANEAMIENTO  
ARCHIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. JOSÉ LUIS HORNA DONOSO  
CMP. 051559  
DIRECTOR EJECUTIVO

# PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA  
2022

## INDICE

INTRODUCCION	3
BASE LEGAL	4
FINALIDAD	6
OBJETIVOS	6
AMBITO DE APLICACIÓN	7
RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN	7
CARACTERISTICAS DEL PLAN	7
ASPECTOS GENERALES	7
DIAGNOSTICO SITUACIONAL	15
LINEAS DE TRABAJO	17
ANALISIS FODA	24
MATRZ DE ACTIVIDADES	26



## I. INTRODUCCION

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en el sector, no solo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado. La calidad en la presentación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios.

Para ello se aprobó el documento de "Sistema de Gestión de la Calidad" en el año 2001, donde se consignaron los principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes de este sistema, así como los aspectos técnicos normativos para su organización.

Teniendo en cuenta que la calidad genera a expensas de la buena voluntad y esfuerzo del recurso humano, sino que se requiere de una gestión que debe ser bien diseñada desde la gerencia con la debida planeación, garantía de facilidades, pero sobre todo con la preparación y motivación de las personas que laboran en la organización.

En los últimos años el Ministerio de Salud ha desarrollado múltiples esfuerzos para la implementación de los lineamientos de calidad en los diferentes establecimientos de salud, parte de estas acciones está relacionada a la supervisión de los planes de Gestión de la Calidad.

En base a ello se presenta el "Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Moquegua 2022" que reúne las actividades que están incluidas en cada una de las líneas de trabajo del Sistema de Gestión de la calidad, como son: acreditación, auditoria de la calidad de la atención, Seguridad del paciente, satisfacción de Usuario externo, clima Organizacional, y Mejora continua.



El presente documento contiene un análisis del Diagnóstico sobre las políticas de calidad durante el 2021 como punto de partida a fin de establecer estrategias

## II. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado” y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: “Reglamentos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la estructura de Calidad en las Unidades de Gestión de la calidad de Hospitales.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la calidad de la atención en Salud”
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA “Plan Nacional para la seguridad del paciente”.
- Resolución Ministerial N° 527-2009/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la “Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 468-2011/MINSA “Documento Técnico: Metodología para el estudio del Clima Organizacional. V02



- Resolución Ministerial N° 2070-2012/MINSA "Guía Técnica del evaluador para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"
- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. "Listado de estándares de Acreditación para establecimiento de salud Categoría II-2 y servicios médicos de apoyo" y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la elaboración y Uso de Guías de práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención, y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA. que aprueba la Norma Técnica de Salud N°139.MINSA/2018. DGAIN. "Norma técnica para la Gestión de la Historia Clínica".



- Resolución Ministerial 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".
- Resolución Ministerial N°143-2006/MINSA — Se conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N°050MINSA/DGSP V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N°308-2010 MINSA que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N°1021-2010 MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



### III. FINALIDAD

Contribuir a la implementación del Sistema de Gestión Integral de la calidad del Hospital Regional Moquegua.

### IV. OBJETIVOS

#### GENERAL

Establecer los ejes técnicos para la implementación del del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital regional Moquegua.

#### ESPECIFICOS

- OE1 Gestión de procesos para la recategorización
- OE2 Progresar en el proceso de autoevaluación.

- OE3 Cultura de la calidad y mejora continua.
- OE4 Mejorar la gestión de riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente.
- OE5 Contribuir a mejorar la calidad de la atención a través de la auditoría de la calidad de atención en salud.
- OE6 Mejorar el clima organizacional
- OE7 Gestión de la satisfacción del usuario externo.

## V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan es de aplicación en todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del Hospital Regional Moquegua y se ejecutará durante el año 2022.



## VI. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN

Personal responsable de la elaboración:

- M.C. Grace Diana Reynoso Huertas

Personal de apoyo:

- C.D. Marilia Yuliana Vilca Vera.
- C.D. Melissa Mayuth Vélez Luna
- C.D. Ana Bianca Ordoño Nina
- Lic. Jackeline Viviana Galindo Valencia



## VII. CARACTERISTICAS DEL PLAN

### 1) ASPECTOS GENERALES

#### a) Definiciones Operacionales

**Acreditación:** Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de

alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que están orientados a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

**Auditoría de la calidad de la atención en salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones. La Auditoría de la Calidad de atención en salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

**Calidad de la atención:** conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.

**Cultura de seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

**Gestión de la Calidad:** Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

**Equipo de gestión de la Calidad:** grupo de personas que trabajan para promover la evaluación de los servicios de salud, a fin de identificar problemas e implementar soluciones en base a una metodología sostenible para el mejoramiento de la calidad.

**Higiene de manos:** Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavarse con agua y jabón normal o antimicrobiano.

**Instrumentos de calidad:** Mecanismos tangibles utilizados para alcanzar el propósito del sistema de Gestión de la Calidad (encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, formatos para la Autoevaluación, Matriz para la Elaboración de Proyectos de mejora continua de la Calidad).

**Mejoramiento continuo de la calidad:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor complejidad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.



**Rondas de Seguridad del paciente:** herramienta de calidad que permiten evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio, para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

**Seguridad del usuario externo:** Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta ofrece.



**Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.



**Sistema de gestión de la calidad en salud:** Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas a nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad en atención y de la gestión.

**Sistema de Notificación de eventos Adversos:** Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos

adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que constituyen a la presentación del evento o incidente.

**Usuario externo:** Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.

**Satisfacción del Usuario Externo:** La satisfacción del Usuario Externo es el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este les ofrece.



## b) **Dimensiones de la Calidad**

Se establecen tres dimensiones:

- Dimensión técnico- científica: referida a los aspectos científicos- técnicos de la atención, cuyas características básicas son:
  - Efectividad: referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud del paciente que acude al HRM.
  - Eficacia: referida al logro de los objetivos en la presentación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas.
  - Eficiencia: uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
  - Continuidad: prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.

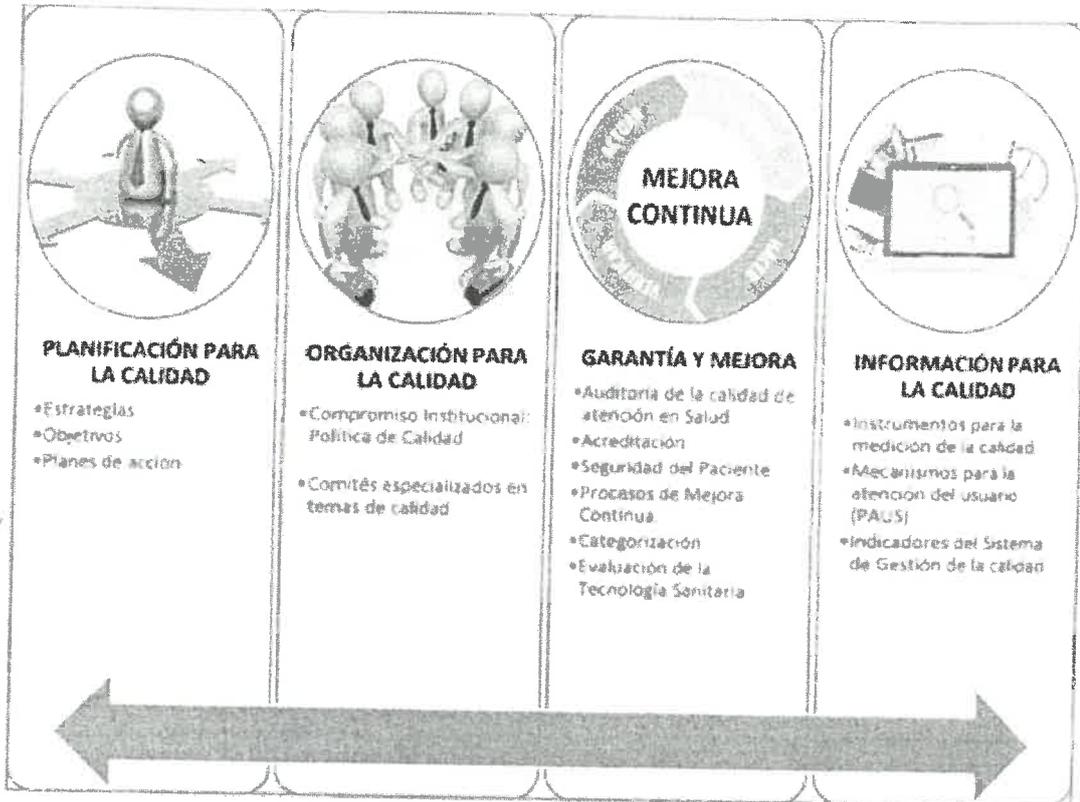
- Seguridad: la forma en que se presentan los servicios de salud, determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario externo.
- Integralidad: que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere.
- Dimensión humana: referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:
  - Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
  - Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
  - Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
  - Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Dimensión del entorno: referida a las facilidades que nuestra institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles:
  - Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.



### c) Principios del sistema de Gestión de la Calidad en Salud:

- Enfoque a usuario: nuestra institución depende de los usuarios, por lo tanto, debemos entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas y esforzarnos por exceder sus expectativas.
- Liderazgo: el cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere que la alta dirección conduzca a la mejora continua de nuestra institución.
- Participación del personal: el personal que labora en nuestra institución, en todos los niveles, es la esencia de la organización, ya que mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.
- Enfoque Basado en Procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- Enfoque sistémico para la gestión: comprende identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuyendo a la eficacia y eficiencia.
- Mejora Continua de la Calidad: la mejora continua del desempeño de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- Toma de decisiones basadas en evidencias: las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información (medición de la satisfacción del usuario y tiempos de espera).





**d) Componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.**

- Planificación para la calidad, permite definir los objetivos y las políticas generales de calidad en nuestra institución, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso y desarrollo de la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Organización para la calidad, es el diseño organizacional (equipos de trabajo, comités) que permite

llevar a cabo las funciones de calidad en nuestra institución.

- Información para la calidad: conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de

## POLITICA NACIONAL DE CALIDAD

Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA



satisfacción de los usuarios internos y externos.

## 2) DIAGNOSTICO SITUACIONAL

### a) Infraestructura:

La Oficina de Gestión de la Calidad ocupa un ambiente en el tercer piso de las oficinas administrativas, a un costado de la oficina de asesoría Legal y próxima a la Oficina de Planeamiento Estratégico y Unidad de Epidemiología, encontrándose en el 4 to piso la oficina de la Dirección

Ejecutiva. Además de esto se cuenta con la Plataforma de atención al Usuario en salud en el área de consulta externa.

b) Equipamiento y mobiliario

En el siguiente cuadro se detalla el equipamiento y mobiliario con el que se cuenta en la Unidad de Gestión de la Calidad.

N°	Denominación de Bien	Número de elementos
01	Computadora personal – CPU (Monitor 01, Teclado 01, Mouse 01, Computadora personal (ups).	06
02	Impresora Láser personal	02
03	Silla Metálica Apilable	03
04	Sillón semiconfortable sin porta brazos unipersonal	02
05	Silla Comfortable giratoria Rodable con brazos	02
06	Silla Comfortable giratoria Rodable sin brazos	02
07	Escritorio modular el "L" aprox. 1.50x1.50m	02
08	Escritorio simple de melamina	03
09	Modulo personal para computadora	02
10	Archivador metálico 04 gavetas	01
11	Armario metálico dos puertas.	02
12	Estante de melamina	01
13	Vitrina metálica para libros	01
19	Teléfono fijo	02
20	Celular Galaxy A01 Core (01 PAUS)	01



c) Recursos Humanos

La Unidad de Gestión de la Calidad para el cumplimiento de sus actividades cuenta con los siguientes profesionales:

CARGO	NUMERO	CONDICION LABORAL
Medico Auditor	1	CAS
Personal de la Salud no Medico	3	CAS
Personal de la Salud no Medico	1	CAS COVID
Personal de la Salud no Medico	1	Terceros
Asistente en Servicios de salud	1	Nombrado
Secretaria	1	Nombrado



Cabe mencionar que este personal fue implementado a partir de setiembre del 2020 como personal CAS y de labor permanente y exclusiva en la Unidad de Gestión de la Calidad.

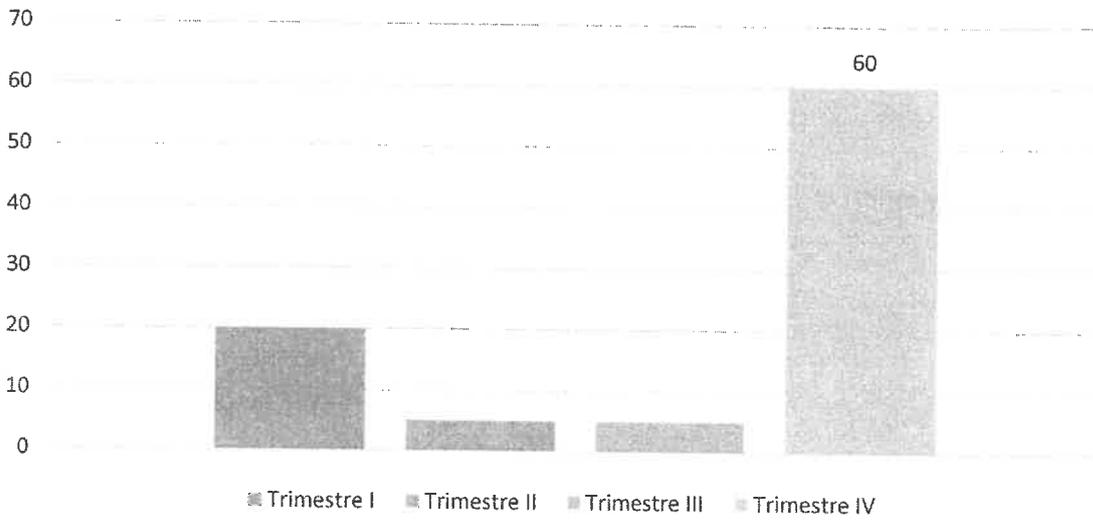
3) LÍNEAS DE TRABAJO:

a) Información para la Calidad:

Durante el 2021 la mayoría de servicios no lograron enviar información de los indicadores de calidad durante el segundo y tercer trimestre, recuperando esta información en

el cuarto trimestre, desde la Unidad de Gestión de la Calidad.

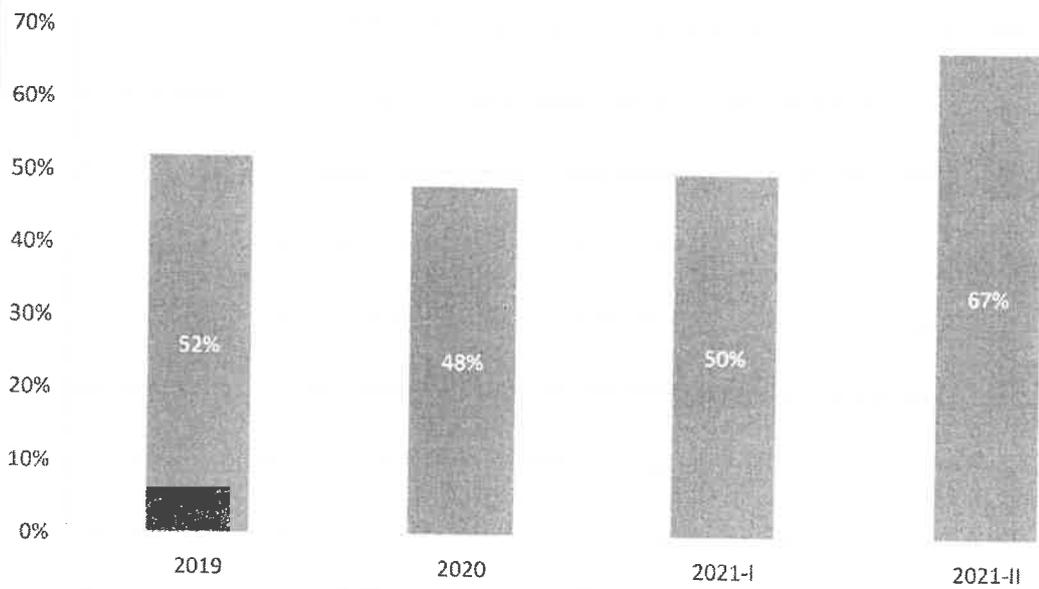
Porcentaje de servicios que reportan Indicadores de Calidad HRM- 2020



**b) Acreditación:**

El Hospital Regional Moquegua ha realizado el proceso de autoevaluación desde el 2012, encontrándose los siguientes resultados desde el 2019.

### Resultado de Autoevaluación del los últimos 3 años del HRM



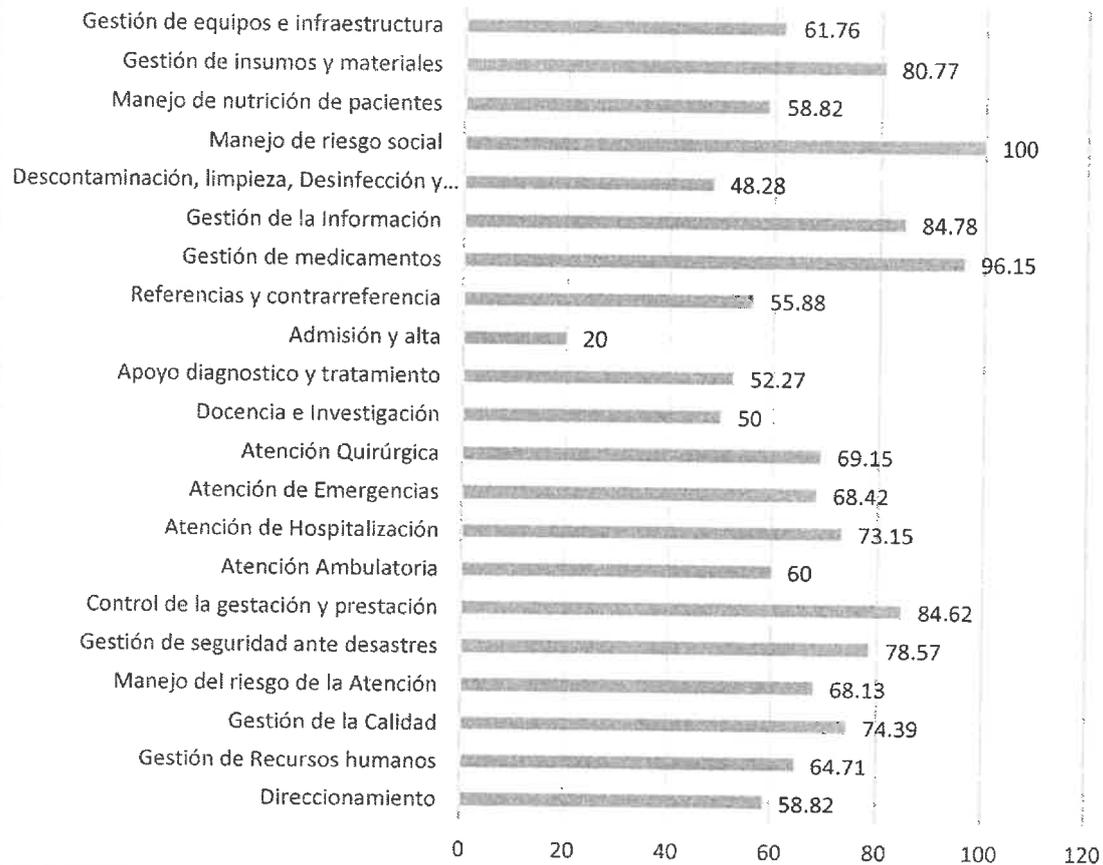
Fuente Unidad de la Unidad de Gestión de la Calidad.



Durante la segunda autoevaluación realizada en el año 2021 en el mes de diciembre se obtuvieron los siguientes resultados:



## Resultado de autoevaluación 2021-II



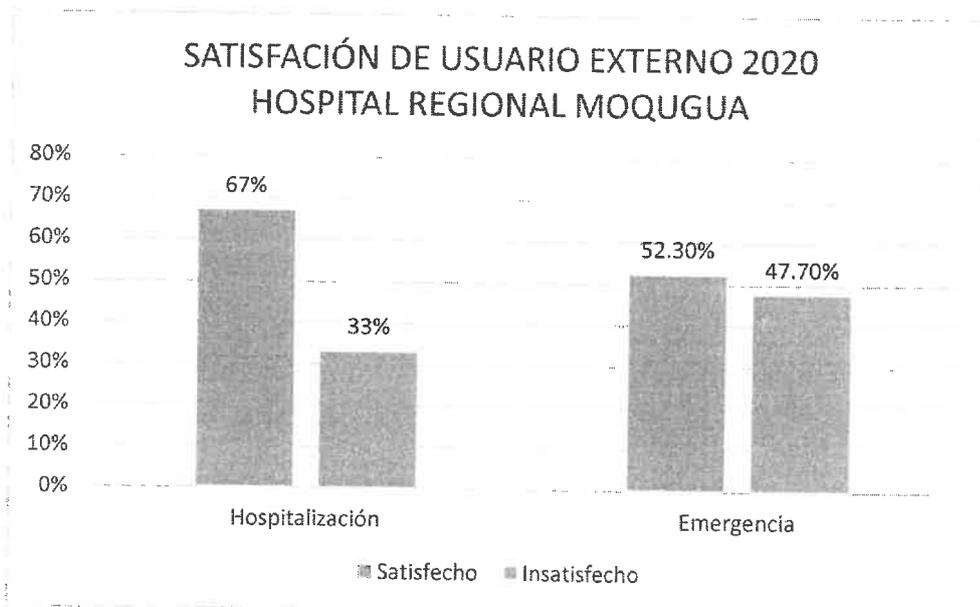
Donde se puede apreciar que los macroprocesos que se encuentran por debajo del 60% son direccionamiento, atención ambulatoria, docencia e investigación, admisión alta, descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización, así como nutrición y dietética. Por lo cual este año se espera un incremento en la autoevaluación.

A pesar de existir un incremento en la autoevaluación con respecto a los otros años de 17%, aun el hospital regional Moquegua se encuentra lejos de aprobar la autoevaluación y solicitar una evaluación externa para el inicio de el proceso de acreditación, por lo que durante el presente año se tomaran estrategias destinadas a elevar los puntos críticos y hacer seguimiento a las acciones de mejora.

### c) Satisfacción de usuario externo

Durante el año 2021 se realizaron actividades para la mejora de la satisfacción del usuario externo, a través de la elaboración del plan de satisfacción de Usuario externo y la conformación del comité.

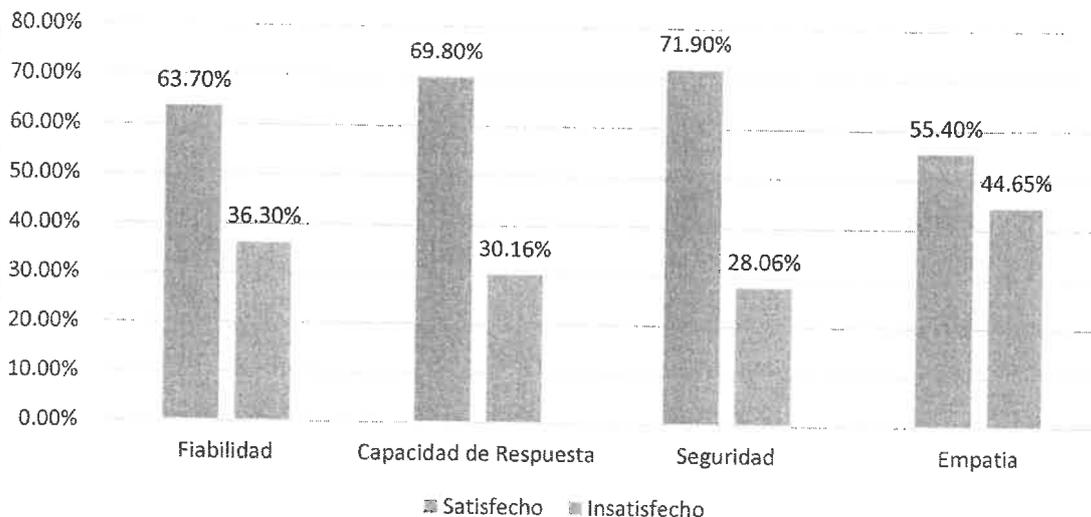
La encuesta de satisfacción del Usuario externo se realizó durante el año 2020 en el mes de diciembre las UPSS de emergencia y hospitalización por la restricción de la atención de consulta externa en el escenario de la Pandemia producida por la COVID-19, Obteniendo los siguientes resultados:



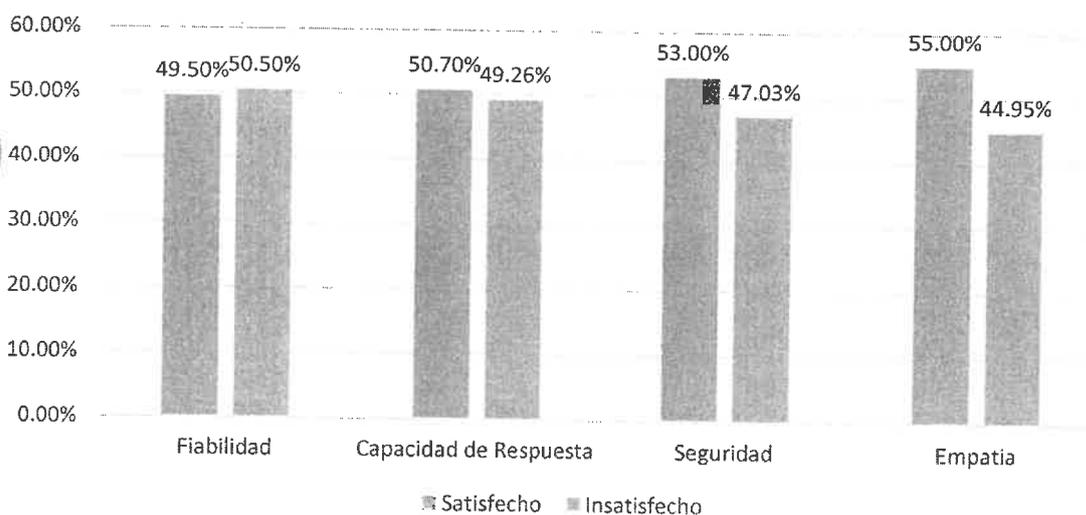
Durante Esta encuesta se observó que del 100% de los encuestados el 67% de aquellos que habían sido atendidos en la UPSS de hospitalización se encontraban satisfechos con la atención recibida en el hospital Regional Moquegua, y el 52.3% de los atendidos por emergencia se encuentran satisfechos, frente a un 47.7%.



### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO- RESULTADOS POR COMPONENTES HOSPITALIZACIÓN 2020



### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO- RESULTADOS POR COMPONENTES EMERGENCIA 2020



Dentro de los componentes de la encuesta se evalúan la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía en la atención para determinar el grado de satisfacción o insatisfacción del usuario externo, dichos componentes cuentan con una brecha en la UPSS de hospitalización siendo escasa en Emergencia.

## d) Seguridad Del Paciente

### Eventos Adversos

#### Problemática encontrada:

- Se realiza un registro parcial de los incidentes y eventos adversos de los cuales los más comunes son:
  - ✓ Incidentes Relacionados con errores en la documentación e información poco clara/ ambigua/ilegible/ incompleta.
  - ✓ Relacionados al comportamiento del personal por incumplimiento/ no colaborador/u obstructivo.
- En cuanto a Eventos se han presentado:
  - ✓ Relacionados con accidentes del paciente por fuerza no penetrante, abrasión/roce.
  - ✓ Por aplastamiento y caídas
  - ✓ Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales proceso /tratamiento /proceso /erróneo.
- No se ha realizado el análisis ni los informes correspondientes, para ser evaluados por el comité de seguridad el paciente para la elaboración, emisión y monitoreo de recomendaciones.
- Falta de capacitación, monitoreo y evaluación de los incidentes y eventos adversos encontrados.

### Cirugía Segura

- Durante el 2021 se aplicó en un 100% la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, mejorando con el resultado del 2020.
- Un índice del 0.84 de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas por cada 100 cirugías electivas, disminuyendo a comparación del 2020 con un índice de 2.42.
- Tuvimos el 100% de conocimiento de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

- Un 100% del personal de salud fue capacitado para el uso adecuado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

### Rondas de Seguridad

Durante el 2021 se realizaron 07 rondas de Seguridad en el hospital Regional Moquegua en los diferentes servicios obteniendo los siguientes resultados:

N°	DEPARTAMENTO/ SERVICIO	RESULTADO
1	Servicio de Medicina física y rehabilitación	82%
2	Departamento de gineco- Obstetricia	61%
3	Departamento de cirugía	82%
4	Área de Banco de Sangre	48%
5	Servicio de Nutricio	84%
6	Departamento de consulta externa	80%
7	Servicio de farmacia	86%



### e) Auditoria De La Calidad De Atención



- Durante años anteriores el hospital regional Moquegua ha realizado auditorias de registro en los diferentes servicios, no se tiene establecido una base completa de la información sobre la entrega de auditorías de registro o auditorias de caso realizadas durante los últimos años.
- Durante el año 2021 se ha conformado el comité de auditoría de la calidad de atención, comités adscritos y comité de auditoría médica, contando con el plan anual de auditoria de la calidad de atención.
- Habiéndose realizado para el año 2021, 368 auditorias de registro en de las 288 programadas en los servicios de medicina, pediatría, neonatología, ginecología, obstetricia, cirugía, COVID, emergencia y consulta externa, siendo los servicios con menor cumplimiento emergencia y consulta externa.

- Obteniendo en su mayoría un porcentaje del 94.66% lo que les da una calificación de satisfactoria, no obstante se emitieron las siguientes recomendaciones: Difusión y capacitación de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma técnica de Salud para la Gestión de la historia Clínica” al personal de salud asistencial y jefaturas de departamento, Elaboración de directiva del Proceso técnico asistencial y técnico administrativo de la historia clínica en el hospital regional Moquegua, así como su aprobación a través de acto resolutivo y socialización, Adecuación, elaboración y aprobación de todos los formatos de la historia Clínica actual por el comité institucional para el cumplimiento de la normativa vigente, Difusión y capacitación de la NT N° 042-MINSA/DGSP-V.01 “norma técnica de Salud de los servicios de emergencia, Elaboración y difusión de Protocolos para el registro de formatos de historia clínica dependiente del personal no médico, Elaboración de sellos institucionales al personal asistencial que labora en el Hospital Regional Moquegua.
- Durante el 2021 se realizaron auditorias de caso las cuales fueron emitidas por el comité de auditoría médica.



#### 4) ANALISIS FODA

FORTALEZA	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderazgo y compromiso de la Dirección Ejecutiva en mejorar la calidad de atención.</li> <li>• Infraestructura adecuada para la demanda, que cumple con la Normativa vigente.</li> <li>• Plan de Implementación Multianual 2020-2022 asegura la contratación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de capacitación para construir a través de proceso de aprendizaje colectivo sobre Proyectos de Mejora.</li> <li>• Débil trabajado en equipo.</li> <li>• Débil clima organizacional.</li> </ul>

<p>progresiva de personal asistencial y administrativo para el funcionamiento adecuado del Hospital regional Moquegua.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con comités de acreditación en calidad y equipos adscritos de trabajo por servicio formalizados con acto resolutivo.</li> <li>• Evaluación de la satisfacción de los usuarios como mecanismos para mejorar la Calidad de Atención.</li> <li>• Aplicación de Autoevaluación en el Hospital regional Moquegua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal todavía no interioriza la Calidad como un valor en la cultura organizacional.</li> </ul>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p>	<p><b>AMENAZAS</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de indicadores e instrumentos de evaluación de los estándares de calidad.</li> <li>• Existencia de indicadores de calidad.</li> <li>• Existencia de los indicadores de desempeño y oportunidades de mejora de los servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital no acreditado para la atención.</li> <li>• La no conformación de la comisión Regional Sectorial de acreditación</li> </ul>



## MATRIZ DE ACTIVIDADES DE LA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD 2022

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TAREAS	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación		Elaboración del Plan de Autoevaluación	1	RD que aprueba el Plan de Autoevaluación		x										
		Aprobación con Acto Resolutivo de Plan de Autoevaluación	1	RD que aprueba el Plan de Autoevaluación		x										
Conformación de Comité de Acreditación		Difusión del Proceso y Listado de Estándares de Acreditación	1	Acta de reunión y difusión		x										
		Elaborar Listado de Evaluadores Internos designados con Resolución Directoral.	1	RD que aprueba conformación de Evaluadores Internos		x										
Conformar el Equipo de Evaluadores Internos		Telegestión/ taller de capacitación referente a la Norma Técnica de Salud : Acreditación de establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo.	2	Informe de Capacitación			x				x					
		Elaboración de la Hoja de Registro de Datos para la Evaluación Anexo 2	2	Acta de reunión e informe de elaboración			x									
Entrenar Evaluadores Internos en la Norma Técnica de Salud: acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo.		Inicio del proceso de Autoevaluación	2	Presentación					x							
		Desarrollo de Autoevaluación Según Normativa	2	Informe												
Autoevaluación para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo vigente		Elaboración de Informe Final	2	Informe						x						
		Socialización de resultados	2	Presentación e Informe final							x					
Cumplimiento del Plan de Mejora Post Autoevaluación		Implementación de mejoras en base a la Autoevaluación realizada. Informe que señale la implementación de las mejoras en base al informe final.	2	Informe												x















