




Resolución Ejecutiva Directoral


Moquegua, 29 de diciembre de 2023.

VISTOS: El Informe N° 273-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN emitido el 29 de diciembre de 2023 emitido por el Área de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 996-2023-DIRESA-HRM/05 emitido el 29 de diciembre de 2023 por la Unidad de Gestión de Calidad, el Informe N° 029-2023-DIRESA-HRM/05-GDRH-MA emitido el 29 de diciembre de 2023 por Médico Auditor de la UGC, y;


CONSIDERANDO:




Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;




Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; asimismo, el numeral IV señala que, es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es 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, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", estableciendo 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 en la Atención de los Servicios de Salud; asimismo, tiene por finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;



Que mediante Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA se aprobó el Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo generar el mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA se aprobó la Guía Técnica: "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", el cual mantiene como uno de sus objetivos específicos el establecer las pautas y pasos para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad y la aplicación de las técnicas y herramientas para la mejora de procesos. Asimismo, señala que, los planes de acción son documentos debidamente estructurados. Por medio de ellos se busca "materializar" los objetivos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto, para contribuir a alcanzar los objetivos superiores;


Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA se aprueba la NTS 050-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ejecutiva Directoral N° 082-2023-DIRESA-HRM/DE emitida el 13 de marzo de 2023 se resolvió aprobar el "Plan de Mejora Continua de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Regional de Moquegua 2023";




Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 29 de diciembre de 2023.



Que, mediante Resolución Ejecutiva Directoral N° 081-2023-DIRESA-HRM/DE emitida el 13 de marzo de 2023 se resolvió aprobar el "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Regional de Moquegua 2023";


Que, mediante Informe N° 996-2023-DIRESA-HRM/05 por la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad en mérito al Informe N° 029-2023-DIRESA-HRM/05-GDRH-MA emitido por médico auditor, remite el "Plan Anual de Gestión de la Calidad - 2023" con la finalidad que sea aprobado mediante acto resolutivo;



Que mediante proveído de la Oficina de Planeamiento Estratégico remite el Informe N° 273-2023-DIRESA-HRM/03-0/PLAN emitido por la responsable del Área de Planeamiento otorgando su opinión favorable al "Plan Anual de Gestión de la Calidad 2023" del Hospital Regional de Moquegua;

Que, el Numeral 7.1 del Artículo 7° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, señala que el régimen de eficacia anticipada de los actos de administración previstos en el Artículo 17°, es susceptible de ser aplicado a los actos de administración interna, siempre que no se violen normas de orden público, ni afecte a terceros;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, la Unidad de Gestión de la Calidad y la aprobación de la Dirección Ejecutiva para la emisión del acto resolutivo;



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 con eficacia anticipada al 01 de enero de 2023, el "**PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2023**" del Hospital Regional de Moquegua, el cual consta de treinta y dos (32) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la **Unidad de Gestión de la Calidad** la implementación, seguimiento y evaluación del plan aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE copia a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.E. IDANIA EPH MAMANI PILCO
C.M.P. 529 R.N.E. 042740
DIRECCIÓN EJECUTIVA

IEMP/DIRECCIÓN
JLRV/AL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) U. GESTIÓN DE LA CALIDAD
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO

PLAN ANUAL DE GESTION DE LA CALIDAD

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA



A handwritten signature in blue ink, written in a cursive style. The signature is positioned below the circular logo and appears to be a personal or official mark.

2023

I. INTRODUCCIÓN

La calidad en la presentación 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 ellos organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud de 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 de 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 del Usuario Externo, Clima Organizacional y Mejora Continua.

El presente documento contiene un análisis del Diagnóstico sobre las políticas de calidad durante el 2022 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 Funcionamientos 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 de 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 establecimientos 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 2 Lineamientos para la vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la 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° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que prueba 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° 092-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° 050/MINSA/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 concentrado de Salud.
- Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 1021/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 256-2022-GR/MOQ, aprobada en fecha 26 de mayo del 2022, aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) ampliado 2018-2025 del Gobierno Regional de Moquegua.



- Resolución Ejecutiva Directoral N° 027-2023-DIRESA-HRM/DE, que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2023 del Hospital Regional Moquegua.
- Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM (28.09.2017), aprueba el Reglamento de Organización y Funciones- ROF de la Gerencia Regional de Salud de Moquegua y sus órganos desconcentrados.
- Resolución Directoral N° 351-2010-DRSM-DG (18.08.2010), aprueba el Manual de Organización y funciones – MOF, del Hospital Regional de Moquegua y modificatorias.
- Resolución Ejecutiva Directoral N° 174-2016-DRSM-UEHRM/DE, aprueba el esquema para elaborar planes de las Unidades Orgánicas el Hospital Regional de Moquegua.



III. **FINALIDAD**

Mejorar continuamente la calidad de los servicios ofrecidos por el Hospital Regional Moquegua, a través de desarrollar una cultura organizacional basada en la calidad para cubrir las expectativas del usuario interno y externo.



IV. **OBJETIVOS**

GENERAL

Contribuir, fortalecer y estandarizar la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud a través de actividades enfocadas en la mejora continua en el Hospital Regional Moquegua.

ESPECIFICO

- OE1 Lograr la recategorización como Hospital nivel II-2 en el presente año, a través de la implementación de procesos en las diferentes UPSS del Hospital Regional Moquegua.
- OE2 Implementar los procesos y fuentes auditables con el fin de incrementar el puntaje en el proceso de autoevaluación a través de seguimiento continuo a las diferentes UPSS del Hospital Regional Moquegua.
- OE3 Implementar acciones que incrementen la Cultura de la calidad y mejora continua en los trabajadores del Hospital Regional Moquegua a través de la

capacitación y seguimiento a los comités adscritos de los diferentes servicios.

- OE4 Mejorar la gestión de riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente a través de la aplicación de los lineamientos establecidos en la normativa.
- OE5 Contribuir a mejorar la calidad de la atención a través de la auditoria de la calidad de la atención en salud.
- OE7 Mejorar la satisfacción del usuario externo a través de la identificación de barreras de acceso y la capacitación derechos del usuario externo.

V. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN

N°	Apellidos y Nombres	Cargo	Correo Electrónico	Teléfono
1	Reynoso Huertas Grace Diana	Medico Auditor	gdrh051209@hotmail.com	958252882



VI. CARACTERIZACIÓN DE PLAN

1) IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

2.1 ORGANIZACIONAL:

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, así como un escritorio al frente en los espacios ocupados por la Unidad de Estadística e Informática. Además de esto se cuenta con la Plataforma de atención al Usuario en Salud en el área de consulta externa al ingreso de admisión y otra frente al triaje del primer piso de la misma.

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, CPU, UPS)	10
02	Impresora Láser personal	03
03	Silla Metálica Apilable	04
04	Sillón semiconfortable sin porta brazos	02
05	Silla Confortable giratoria Rodable con brazos	02
06	Silla Confortable giratoria Rodable sin brazos	04
07	Escritorio modular en “L” aprox. 1.50x1.50m	02
08	Escritorio simple de melamina	04
09	Modulo personal para computadora	02
10	Archivador metálico 04 gavetas	02
11	Armario metálico dos puertas	02
12	Estante de melamina	01
13	Vitrina metálica para libros	01
14	Teléfono fijo	03
15	Celular (01 PAUS, 01 Jefatura)	02

c) Recursos Humanos

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



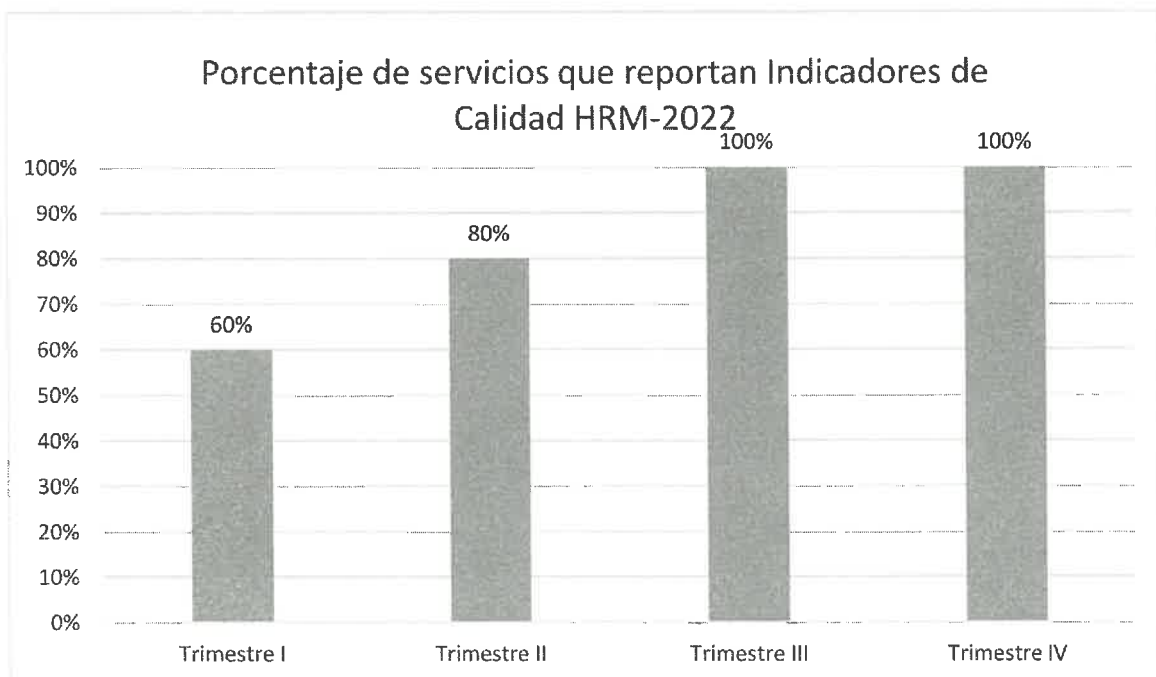


CARGO	NUMERO	CONDICIÓN LABORAL
Médico Auditor	01	CAS
Médico Prestacional	01	CAS
Médico Cirujano	01	CAS reasignación
Personal de Salud no Médico	03	CAS
Licenciada de Enfermería	01	CAS reasignación
Licenciada en Obstetricia	01	CAS reasignación
Asistente en Servicios de Salud	01	Nombrada
Secretaria	01	Nombrada
Auxiliares (Orientadores)	02	CAS reasignación
Auxiliares (Orientadores)	01	Terceros

2.2 LÍNEAS DE TRABAJO

a) Información para la Calidad

Durante el 2022 los servicios hacen un reporte constante de los indicadores de calidad para su evaluación y monitoreo es así que solo durante el primer trimestre se muestra un reporte menor al 100%, aunque se debe mencionar que aun esta información llega fuera de las fechas establecidas a la Unidad.



Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad- 2022

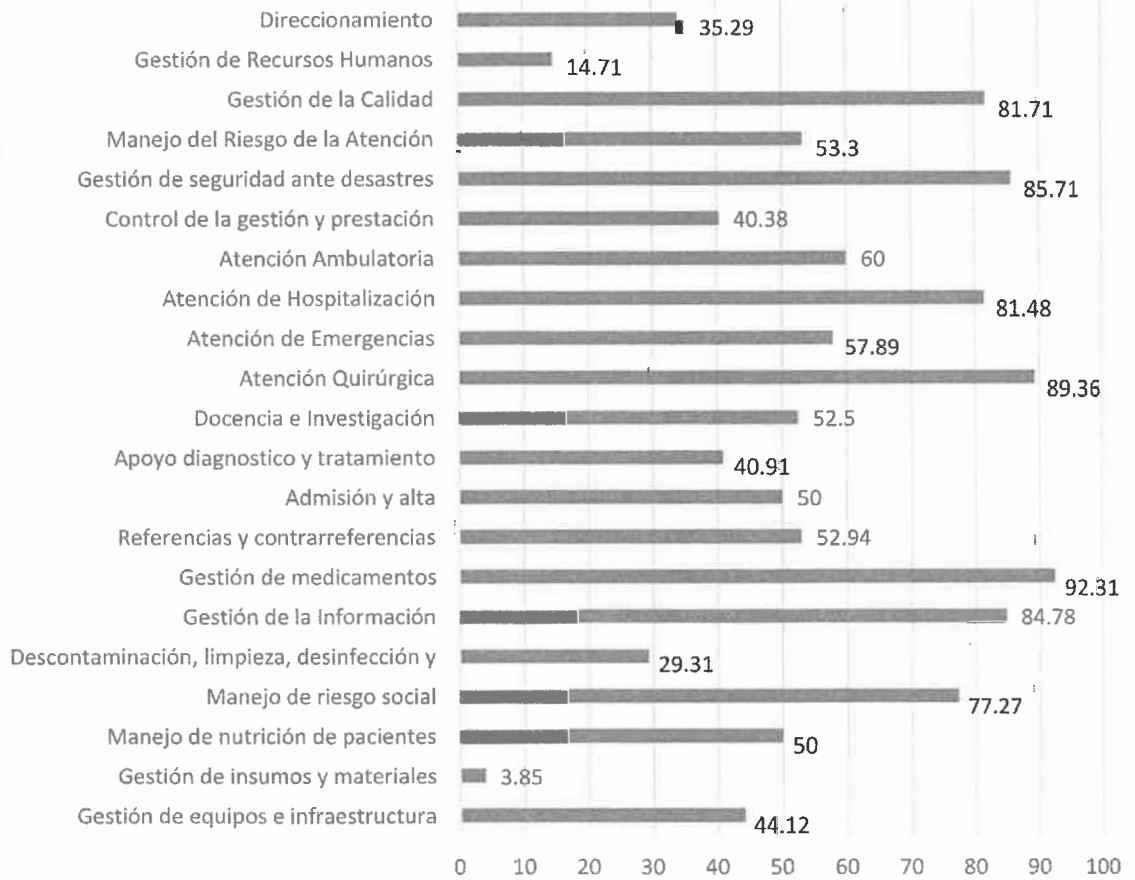
b) Acreditación:

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

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad

Durante la autoevaluación realizada en el año 2022 durante el mes de setiembre se obtuvieron los siguientes resultados:

RESULTADO DE AUTOEVALUACIÓN 2022

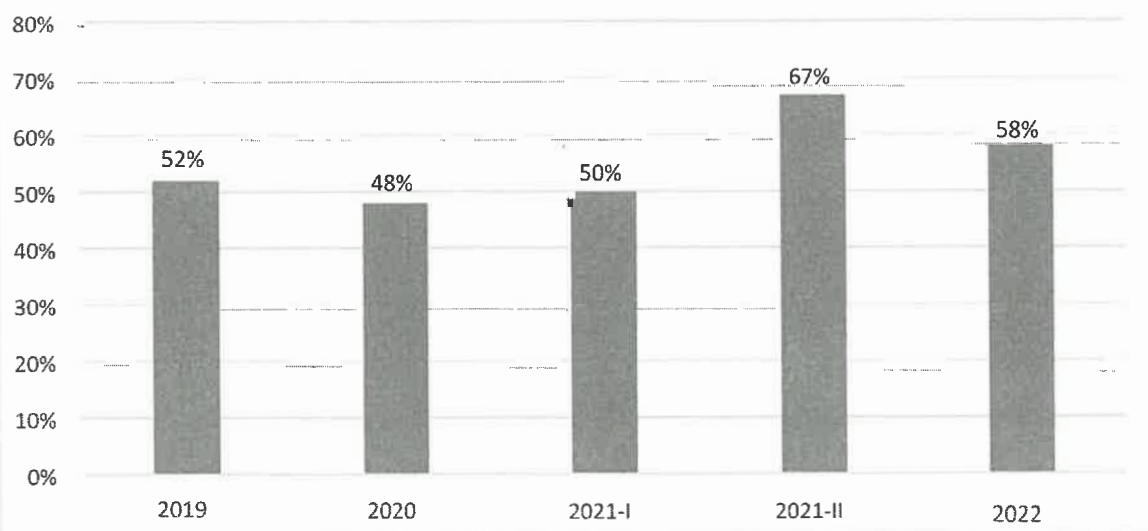


Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad- 2022

Donde se puede apreciar que los macroprocesos que se encuentran por debajo del 60% son los de Direccionamientos, Gestión de recursos humanos, Manejo del riesgo de la atención, Control de la gestión y prestación, Atención de emergencias, Docencia e investigación, Apoyo diagnóstico y tratamiento, Admisión y alta, Referencias y contra referencias, Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización, Manejo de nutrición de Pacientes, Gestión de Insumos y Materiales y Gestión de equipos e infraestructura. Por lo cual este año se espera un incremento en la autoevaluación.



Resultado de Autoevaluación de los Últimos 4 años del HRM



Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad- 2022

Se ha visto una disminución en los resultados obtenidos en la autoevaluación con respecto a la segunda evaluación del 2022, lo que deja al Hospital lejos de aprobar la autoevaluación y solicitar una evaluación externa para el inicio del proceso de acreditación, por lo que durante el presente año se tomarán estrategias destinadas a elevar los puntos críticos y hacer seguimientos a las acciones de mejora, a través de las reuniones de seguimiento a las áreas administrativas y áreas más críticas.

c) Satisfacción usuario externo

Durante el año 2022 se realizaron actividades para la mejora de la satisfacción del usuario externo, a través de la elaboración del Plan de Satisfacción de Usuarios Externo, y la conformación del comité.

La encuesta de satisfacción del Usuario externo se realizó durante el año 2022 en el mes de marzo en las UPSS de emergencia, hospitalización y consulta externa, obteniendo los siguientes resultados:

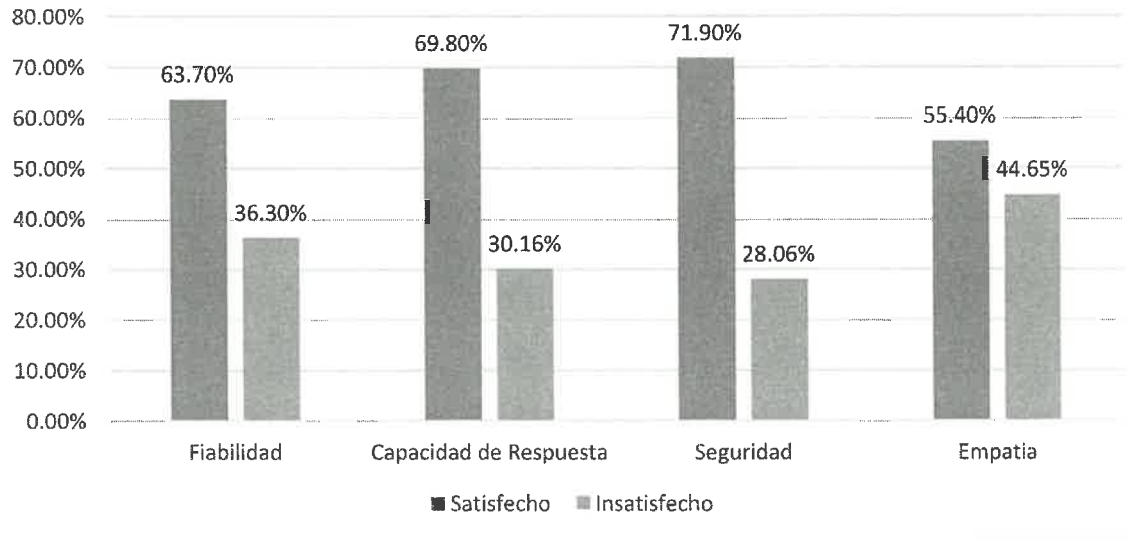
Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad- 2022

Durante esta encuesta se observó que del 100% de los encuestados de acuerdo a las áreas el que tuvo mayor porcentaje de satisfacción



fueron la UPSS de Hospitalización con el 62.35% le siguió las UPSS de consulta externa con el 49.1% y en último lugar de satisfacción fue para la Emergencia con el 42.8%.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO RESULTADOS POR COMPONENTES- HOSPITALIZACIÓN 2022



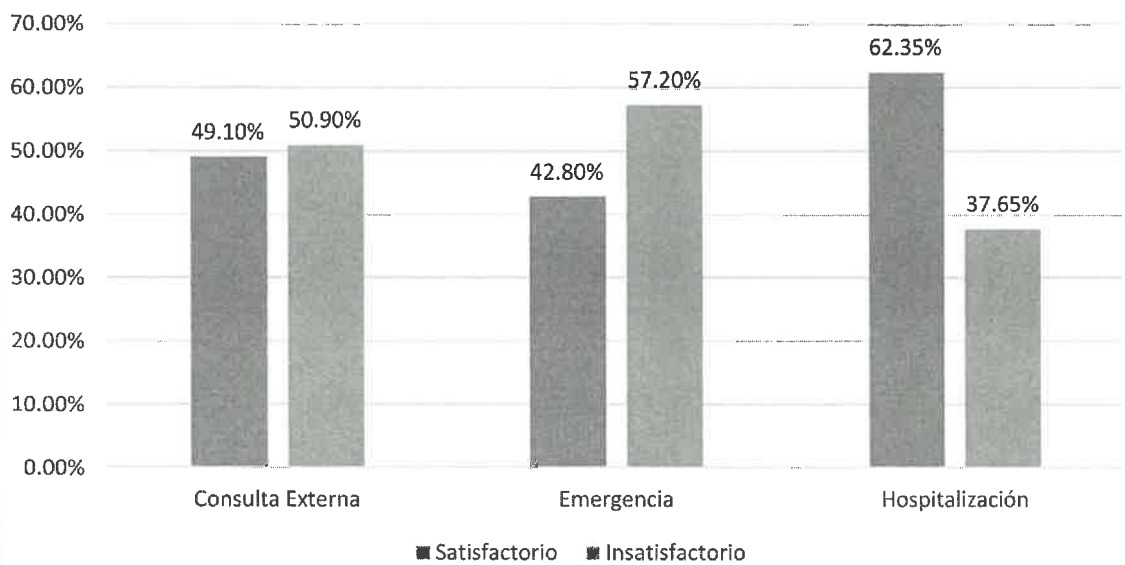
Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad- 2022

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.



[Handwritten signature]

SATISFACCIÓN DE USUARIO EXTERNO 2022-HRM



Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad- 2022

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 penetrante, abrasión/roce.
 - ✓ Por aplastamiento y caídas.
 - ✓ Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales proceso/tratamiento/proceso/erróneo.



Cirugía Segura

Se aplicó la encuesta de lista de verificación de cirugía segura trabajando con el equipo conductor del año 2022. Durante el primer semestre dándose a conocer que la implementación está en 100% y su aplicación del 93%, donde un logro fue la implementación de farmacia en centro quirúrgico.

Muestra los siguientes indicadores:

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
% de Indicadores de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	100	98	100	100
% de intervenciones Quirúrgicas programadas suspendidas	0.98	0.17	0.64	1.3
% de conocimiento de la lista de verificación de la seguridad e la cirugía	100	100	100	95
%de personal de salud capacitado	100	100	100	90



Rondas de Seguridad:

Para el cumplimiento de las rondas de seguridad se conformó el Equipo de Rondas de seguridad aprobado con RED N° 070-2022-DIRESA-HRM/DE y el cronograma aprobado don RED N° 071-2022-DIRESA-HRM/DE el 22 de marzo del 2022. Ejecutando se un total de 12 rondas de seguridad programadas las cuales han sido reportas con Informe N°383-2022-DIRESA-HRM/05 las Rondas de Seguridad realizadas durante el I Semestre y el Informes N°648-2022-DIRES-HRM/05 II Semestre, obteniendo los siguientes resultados:

FECHA	UPSS	% de Cumplimiento de buenas Prácticas	Resultado se Valoración de Riesgo
28/02/2022	Central de Esterilización	66%	Riesgo intolerable
15/03/2022	Departamento de Gineco- Obstetricia	83%	Riesgo Moderado
13/04/2022	Emergencia	72%	Riesgo Importante
18/05/2022	Nutrición y dietética	82%	Riesgo Moderado
08/06/2022	Patología clínica	98%	Riesgo Muy Bajo
22/06/2022	Departamento Pediatría	67%	Riesgo Importante
II Semestre		78%	
13/07/2022	Farmacia	90%	Riesgo Moderado
17/08/2022	Medicina física y rehabilitación	78%	Riesgo Importante
14/09/2022	Unidad de cuidados Críticos	83%	Riesgo Moderado
12/10/2022	Departamento de Cirugía	79%	Riesgo Importante
16/11/2022	Anatomía Patológica	98%	Riesgo muy bajo
14/12/2022	Departamento de Medicina	79%	Riesgo Importante
II Semestre		85%	
ANUAL		81.5%	Riesgo Moderado



Auditoría de la Calidad de la Atención

Se cuenta con el *Plan anual de auditoría de la Calidad de la atención en salud 2022* que se encuentra aprobado con RED N° 030-2022-DIRESA-HRM/DE, el HRM cuenta con el *Comité de Auditoría Médica* el cual se encuentra reconocido con RED N° 1329-2022-DIRESA-HRM/DE

Se han realizado auditorías programadas de registro en cumplimiento del Plan de Auditoría, evidenciándose que el mayor porcentaje de las HCL se encuentran “por Mejorar”. Emitiendo recomendaciones para la capacitación del personal asistencial en la NTS de Gestión de la historia clínica, la cual se ha realizado en 02 oportunidades durante el año 2022,

así mismo se ha visto una mejora en el registro del CIE-10 con respecto a años anteriores.

A la vez se han desarrollado 04 Auditorias de Caso. Para el presente año se tiene programado fortalecer el seguimiento de las auditorias de registro y realizar mayor número de auditoría de casos, debido al fortalecimiento del personal en dicha área.

2) ANÁLISIS FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo comprometido con la mejora continua y la calidad de atención. • Equipo de calidad capacitado para la implementación de acciones de mejora e identificación de riesgos. • Contar con comités de acreditación de la calidad y equipos adscritos de trabajo por servicios. • Evaluación de la satisfacción de los usuarios como mecanismo para la mejora de la Calidad de atención y uso de herramientas de gestión de la Calidad. • Ampliación de Auto evaluación en el Hospital Regional Moquegua. • Realización de rondas de seguridad inopinadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura destinada para la Unidad insuficiente. • Falta de médicos Auditores. • Falta de recursos, tanto informáticos como físicos. • Falta de Capacitación formal a todo en personal de la Unidad en gestión de procesos, uso de herramientas de la calidad, auditoria y atención al cliente.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS



<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo y compromiso de la Dirección Ejecutiva en mejorar la Calidad de Atención. • Diseño de indicadores e instrumentos de evaluación de los estándares de calidad. • Existencia de indicadores de calidad. • Existencia de los indicadores de desempeño y oportunidades de mejora de los servicios. • Infraestructura nueva y cómoda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación del personal del HRM para construir a través de procesos de aprendizaje colectivo Proyectos de Mejora. • Burocracia para la aprobación de planes, directivas o documentos de estandarización. • Personal del HRM no interioriza la Calidad como un valor en la Cultura Organizacional. • Hospital no acreditado. • La no conformación de la comisión Regional Sectorial de acreditación.
---	--



3) PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

- Cumplimiento de los procesos de Autoevaluación con miras a la acreditación del Hospital Regional Moquegua.
- Recategorización como Hospital nivel II-2 a través de acto resolutivo emitido por la DIRESA Moquegua.
- Aumento de la Satisfacción de Usuario en las UPSS de Consulta externa, Hospitalización y Emergencia.
- Consolidar el reporte y las acciones de mejora para el resguardo de la seguridad del paciente.
- Utilizar las auditorías de registro y de caso como herramienta de mejora de manera activa.

4) DEFINICIONES DE ACTIVIDADES:

Acreditación: Para lograr la Acreditación el Hospital Regional Moquegua realizará durante el 2023 dos procesos de autoevaluación que serán realizadas por el "Equipo Autoevaluador" en los diferentes departamentos, servicios, unidades y oficinas de nuestra institución, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los macroprocesos y criterios de calidad mínimos, permitiendo medir los puntos críticos y oportunidades de mejora, con miras a un futuro superar el 85% requerido para solicitar el proceso de evaluación externa que permite el reconocimiento de estándares óptimos.

Recategorización: Es el proceso por el cual el Hospital Regional Moquegua debe contar con su categorización registrada en el Registro Nacional de IPRESS- RENIPRESS de acuerdo al Decreto Supremo N° 032-2001-SA tiene plazo hasta el 31 de diciembre del 2023, para lo cual se debe elaborar y aprobar el plan de actividades a fin de lograr la recategorización en el plazo mencionada, el mismo que contendrá las gestiones necesarias para cumplir los estándares requeridos para lograr la recategorización como hospital nivel II-2.

Evaluación de la Satisfacción del Usuario externo: La evaluación del grado de satisfacción del usuario externo se realiza una vez al año a través de la aplicación de una encuesta, la cual está programada a ser aplicada en nuestra institución durante el segundo trimestre, en los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, tomando en cuenta para estos últimos una muestra estadísticamente significativa. Para lograr una mejor satisfacción del usuario externo se deben analizar los resultados buscando acciones de mejora, también se realiza la apertura de los buzones de sugerencia y la identificación de barreras de acceso a los usuarios, logrando disminuir la brecha de pacientes satisfechos con su atención conociendo su percepción, puntos críticos y capacitando a

los trabajadores de nuestra institución en los derechos y deberes del paciente.

Rondas de Seguridad de Paciente: Las Rondas de Seguridad son una herramienta fundamental para medir los niveles de riesgo que se genera durante la atención en las diferentes UPSS del Hospital Regional Moquegua, por lo que durante el 2023 se han programado 12 rondas de seguridad inopinadas, que se encuentran aprobadas con Resolución Ejecutiva Directoral y que permiten evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendando para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, siempre con actitud educativa y no punitiva.



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. Pertenece a las actividades realizadas para la protección de la Seguridad del Pacientes, y en nuestra institución esta se lleva a través de los Comités Adscritos quienes son los responsables de consolidar y exponer a las jefaturas de servicios y departamentos los incidentes y eventos ocurridos de manera mensual a fin de encontrar acciones de mejora y prevenir posibles eventos centinelas. La Unidad de Gestión de Calidad realiza seguimiento a las acciones propuestas a fin de que se vean implementadas, además de proponer acciones de mejora a aquellos incidentes en los cuales se vean involucrados diferentes departamentos y/o servicios.

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. Durante el 2023 en el Hospital Regional Moquegua se realizarán alrededor de 1800 Auditorias Programadas de Registro las cuales deberán ser realizadas por los comités adscritos en cada servicio y/o departamento, para esto deben estar previamente capacitados en la normativa y aplicación del formato de acuerdo a la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02; así como Auditorias programadas y auditorias de caso, las cuales serán ejecutadas por el Comité de Auditoría Médica del Hospital Regional Moquegua y socializadas a los departamentos y servicios competentes.



VI: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 2023



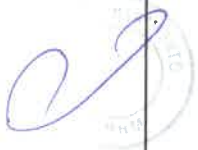
OG: Contribuir, fortalecer y estandarizar la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud a través de actividades enfocadas en la mejora continua en el Hospital Regional Moquegua.																	
OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	RESPONSABLE	META ANUAL	PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE		
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Lograr la recategorización como Hospital nivel II-2 en el presente año, a través de la implementación de procesos en las diferentes UPSS del Hospital Regional Moquegua.	Reunión con jefaturas de departamento determinar los documentos de gestión para el proceso de recategorización según Normativa Vigente y Puntos Críticos evaluados.	Actas	Actas	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Director Ejecutivo	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Evaluación del Levantamiento de Observaciones de los Documentos e instrumentos de Gestión para la Recategorización	Informe	N° Informes Programados/ N° Informes Emitidos X 100	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	18					18							
	Inicio del trámite de recategorización (Ingreso de Información portal SUSALUD)	Solicitud	Solicitud	Director Ejecutivo, Equipo de Gestión, Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Director Regional de Salud Moquegua	1						X						
	Evaluación del Hospital por las autoridades competentes	Memorandum Correo Electronico	Memorandum Correo Electronico	Director Regional de Salud Moquegua, Equipo evaluador externo									X				

14



Implementar los procesos y fuentes auditables con el fin de incrementar el puntaje en el proceso de autoevaluación a través de seguimiento continuo a las diferentes UPSS del Hospital Regional Moquegua.

Levantamiento de observaciones de la recategorización del Hospital	Informe	Informe	Director Ejecutivo, Equipo de Gestión									X	X				
Aprobación de la recategorización del Hospital	Resolución	Resolución	Director Regional de Salud Moquegua											X	X		
Reconformación del equipo de evaluadores	Resolución	Resolución	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1	X												
Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación 2023	Acta	Acta	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1		X											
Designación de equipos por macroprocesos y cronograma de evaluación	Acta	Acta	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1				X									
Aprobación del Plan de Autoevaluación 2023	Resolución	Resolución	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesor Legal del HRM	1		X											
Difusión del Plan de Autoevaluación	Portal Institucional	Portal Institucional	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesor Legal del HRM	1		X											
Difusión del anexo 2	Memorandum	Memorandum	Director Ejecutivo y Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	18				X									
Difusión del proceso de autoevaluación	Memorandum Circular	Memorandum	Director Ejecutivo y Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1				X									



Implementar acciones que incrementen la Cultura de la calidad y mejora continua en los trabajadores del Hospital Regional Moquegua a través de la capacitación y seguimiento a los comités adscritos de los diferentes servicios.

Desarrollo del Proceso de autoevaluación	Fichas de evaluación	Fichas de evaluación	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Equipo Evaluador	42				X	X					X			
Elaboración del informe final	Informe final de autoevaluación	Informe final de autoevaluación	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Equipo Evaluador	2					X					X			
Difusión del Informe final	Acta	Ascta	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Equipo Evaluador	2						X					X		
Elaboración del Plan de mejora.	Plan de mejora aprobado con Resolución	Plan de mejora aprobado con Resolución	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Equipo Evaluador	2						X					X		
Seguimiento y Cumplimiento del Plan de Mejora	Informe de Reporte	Informe de Reporte	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y Equipo Evaluador	5							X	X	X			X	X
Elaboración del Plan de mejora continua de Calidad de la Atención 2023	Plan elaborado	Resolución directoral	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Asesor Legal del HRM	1	X												
Conformación de los comités de proyectos de mejora continua	Memorandum	Resolución directoral	Asesor Legal del HRM	1		X											
Taller de capacitación sobre proyectos de mejora en salud	Lista de Asistencia	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	14		X											
Presentación de proyecto y planes de mejora continua de los servicios	Planes de mejora	Más de 40% de los servicios presentan proyectos de mejora	Unidad de gestión de la calidad- Responsables de los proyectos de mejora	5				X	X								
Levantamiento de observaciones y aprobación del Plan de mejora	Resolución directoral	Resolución directoral	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Asesor Legal del HRM	5					X								



[Handwritten signature]

Aplicación y seguimiento de los planes de mejora de los servicios y departamentos	Informe trimestral de seguimiento	40% de cumplimiento	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad- Responsables de proyectos de mejora	2							X	X	X	X	X	X	X
Evaluación final del Proyecto de mejora	Informe final	Informe final	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	5													X
Elaboración y aprobación con Resolución Ejecutiva directoral el Plan de Seguridad del Paciente 2023	Plan elaborado	Resolución directoral	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Asesor Legal del HRM	1		X											
Reconocimiento de los comités adscritos del Seguridad del Paciente de los diferentes servicios del Hospital Regional Moquegua a través de acto resolutivo para complementar el Comité de Seguridad del Paciente reconocido con RD N°013-2023-Director Regional de Salud Moquegua- HRM/DE.	Comites adscritos conformados	Resolución directoral	Asesor Legal del HRM	1		X	X										
Capacitación a los Miembros del Comité de Seguridad del paciente, adscritos, y personal de las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.	Actas	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad - Jefatura de la Unidad de Epidemiología y Salud ambiental	14		X											



Aplicación de Encuesta sobre Cultura de Seguridad de Paciente a usuarios internos.	Informe	100% del personal Asistencial Encuestado	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	2								X						X
Análisis y retroalimentación de los resultados obtenidos de la encuesta sobre cultura de Seguridad.	Informe	100% de informes difundidos	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1								X						X
Implementar indicadores para la monitorización de la Seguridad del paciente.	Informa y análisis	100% de indicadores implementados	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	4		X	X				X				X			X
Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos	Informe	>del 90% de acciones implementadas	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad-responsable del servicio	4			X				X				X			X
Verificación del cumplimiento de la Directiva sobre Higiene de manos	Informe	100% de informes presentados/ 90% de actividades cumplidas	Jefatura de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental.	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



Mejorar la gestión de riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente a través de la aplicación de los lineamientos establecidos en la normativa.



[Handwritten signature]

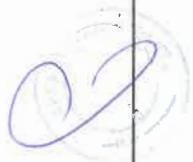
Aplicación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS)	Informe	100% de lineamiento de prevención para la prevención y control de IAAS Implementados y aplicados	Jefatura de la Unidad de Epidemiología y salud ambiental Comité de Seguridad del Paciente	4			X			X			X				X
Fortalecer el procedimiento de identificación, registro, reporte y análisis de eventos adversos de los servicios asistenciales del Hospital Regional Moquegua	Informe	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1			X										
Elaborar y mantener actualizado el registro de incidentes y eventos adversos analizados, incluidas las acciones de mejora, definidas mediante la metodología del Protocolo de Londres.	Reporte	90% de servicios reportan	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad. Responsable de cada área	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar un sistema de información, difusión e intercambio de eXperiencias, para mejorar la seguridad del paciente.	Informe	Sistema implementado	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Jefatura de la Unidad de Estadística e Informática.	1						X							
Implementar mecanismos para la reducción de incidentes y eventos adversos.	Informe de seguimiento	90% de acciones implementadas	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad. Responsable de cada área	200%						X							X

7

Contribuir a mejorar la calidad de la atención a través de la auditoría de la calidad de la atención en salud.



Realización de Auditorías del Registro de Historias Clínicas	N° de Auditorías	Auditorías Programadas X100/ auditorías Realizadas	Comité Adscritos de auditoría	1800	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Realización de Auditorías de Caso	Auditorías	Auditorías Programadas X100/ auditorías Realizadas	Comité de auditoría	Según se presente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración de informe de evaluación del cumplimiento del Plan Auditoría de Calidad de la Atención 2023	Informe	Porcentaje de cumplimiento de actividades	Medico Auditor, Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad.	4			X				X			X		X
Capitación para la Difusión de Plazos y Procedimientos establecidos en Normativa Vigente sobre el proceso de auditorías Programadas a las jefaturas de Departamentos y Servicios.	Informe	Jefaturas capacitadas	Medico Auditor, Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1							X					
Capitación a los miembros de los comités adscritos	Informe	Miembros del Comité Capacitados	Equipo de la Unidad de Gestión de la Calidad	4				X	X	X	X					
Consolidar las recomendaciones formuladas producto de las auditorías realizadas.	informe	Recomendaciones Consolidadas	Comité de auditoría y Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	4			X				X			X		X



Mejorar la satisfacción del usuario externo a través de la identificación de barreras de acceso y la capacitación derechos del usuario externo.

Solicitar acciones preventivas y/o correctivas con documentación que sustente su implementación; a través de la oficina de gestión de la calidad.	informe	Recomendaciones Implementadas	Comité de auditoría y Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración y aprobación del Plan de Satisfacción del Usuario EXterno 2023.	Plan aprobado	Resolución	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1			X										
Difusión de spot publicitario acerca de Buzón de sugerencias, quejas y felicitaciones y Libro de reclamaciones	Posteo publicitario		Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Responsable del Área de Comunicaciones	1				X									
Capacitación a los responsables del Comité de Satisfacción del Usuario EXterno de las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.	Acta	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	14				X									
Apertura de Buzones de sugerencias, quejas y felicitaciones.	Informe	Informe	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Jefaturas de Departamentos y Servicios	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestión de sugerencias, quejas y felicitaciones.	Informe	Informe	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Jefaturas de Departamentos y Servicios	4				X		X				X			X
Elaboración, aprobación y cumplimiento del Plan de Aplicación de la Encuesta de Satisfacción del Usuario en los Servicios de Consulta eXterna, Hospitalización y Emergencia.	Resolución	Resolución	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad Asesor Legal del HRM	1					X								
Identificación y implementación de barreras de acceso.	Informe	Se indtifican el 100% de las barreras	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1				X									

5

Acciones de identificación, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la privacidad del paciente.	Informe	Se cumple en el 100%	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	3			X			X			X			X
Capacitación de Derechos y deberes del Usuario EXterno y Usuario Interno.	Informe	80% de los pacientes atendidos en un día son capacitados	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	4			X			X			X			X
Capacitación sobre el Buen trato al paciente.	Informe	80% de los pacientes atendidos en un día son capacitados	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	4			X			X			X			X
Difusión de deberes y derechos al usuario eXterno.	Informe	60% del personal	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	4			X			X			X			X
Actividad por el Día Nacional de la Salud y del Buen Trato al Paciente.	Informe	Informe	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	1								X				
Informe del cumplimiento del Plan de Satisfacción del Usuario EXterno 2023.	Informe	Informe	Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad	4			X			X			X			X



VII. COSTO DEL PLAN

El presente Plan será autofinanciado con Recursos de funcionamiento del hospital Regional Moquegua Detallado a continuación.

Tipo de Personal	Cant.	Tipo de Bien	Cant.	Tipo de Servicio	Cant.	Tipo de Equipo	Cant.
Médico	4	Papel	65000	Internet	4380 horas	Laptop	1
Personal de Salud no Medico	3	Impresiones	3000	Horas de trabajo	25200 horas	Proyector	1
Enfermera	1	Lapiceros	57			Tablet	1
Obstetra	1	Archivadores	118				
Personal de PAUS	1	Libros de Actas	4				
Técnico Asistencial	4	tóner	12				

