



PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CUSCO  
**HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**



# **PLAN TACTICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO-2023**





PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CUSCO  
**HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**



**OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**  
**2023**

**DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO**  
Med. Carlos Gamarra Valdivia

**SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO**  
Med. Reynaldo Cabrera Berrocal

**JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**  
Med. Rosa Conde Sumire

**EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**  
C.D. Kely Nina Abrill

Lic. Mery Loayza Chacara

Lic. Katherine Corrales Alvarez

Lic. Patricia Garcia Romero

Obst. Lisseth Ascue Escalante

S.P. Salomón García Caviedes

Lic. Jaime Alberto Cutire Arce

Lic. Ana Vilma Salas Velásquez

S.P. Leydi Linda Mamani Navarro

Cusco - Perú



## 1. RESUMEN

El Plan Tactico de la Oficina de Gestion de la Calidad del Hospital Regional del Cusco ha sido elaborado en el marco de Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/ MINSA.

Considerando la MISION INSTITUCIONAL del Hospital Regional del Cusco, que se describe a continuación: “Brindar atención integral de salud especializada a la población demandante y referencial, con calidad, calidez y oportunidad, contribuyendo a la Investigación y Docencia”

Asimismo el Plan Estratégico Institucional 2018-2020 ha establecido como uno de sus objetivos estratégicos : Mejorar la Calidad de la Atención de Salud en el Hospital Regional del Cusco.

Mediante la implementación de las acciones estratégicas para fortalecer la atención integral del binomio madre –niño, disminuir la insatisfacción del usuario en consulta externa, emplear guías de practica clínica en la atención de pacientes en hospitalización y emergencia, mejorar el acceso a pacientes a centro quirúrgico, fortalecer el cumplimiento de la programación de intervenciones quirúrgicas, mejorar la capacidad operativa de los servicios de atención de cuidados intensivos e intermedios, fortalecer la gestión del Departamento de apoyo al diagnóstico, fortalecer la gestión del Departamento de apoyo al tratamiento.

El presente Plan expone las actividades que se realizaran el año 2023 en un orden jerarquizado, así como el monitoreo respectivo los resultados esperados y la evaluación respectiva , en un solo instrumento que permita un abordaje integral del trabajo de todas las unidades de la Oficina de Gestion de la Calidad que se realizan de forma ordenada y sistemática para contribuir al logro de los objetivos institucionales.

Es así que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Cusco, siguiendo las pautas marcadas en la normativa del ente rector del Ministerio de Salud, resalta la importancia del proceso de planificación, el cual tiene por objeto establecer las acciones



PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



que permitan el logro de los objetivos institucionales, en esta oportunidad se toma en consideración el esquema propuesto por los órganos competentes, que permite resumir los antecedentes, la situación actual, los problemas identificados, las alternativas de solución, las estrategias y el detalle de las actividades y tareas que deben ser ejecutadas para poder lograr los objetivos planteados en el presente año fiscal correspondientes al Hospital Regional Cusco y la Oficina de Gestión de la Calidad.

Es oportuno evaluar la oferta de servicios de salud que prestamos en nuestra institución en función de la demanda que exige la atención en nuestro hospital, ya que hoy en día somos una institución que está trabajando al 300% de su capacidad debido a la emergencia sanitaria, existe sobrecarga laboral y brinda atención referencial a toda la Macro Región oriental de nuestro País.

La Salud es un derecho como condición indispensable del desarrollo humano y medio para alcanzar el bienestar individual y colectivo, en ese contexto es necesario un adecuado sistema de salud, organizado, infraestructura, equipamiento y cambio de actitud para promover un clima laboral favorable.



## 2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL:

### Componente de Gestión (incluye Organización):

A nivel Nacional el Ministerio de Salud ha venido impulsando iniciativas para mejorar la calidad de las prestaciones de salud, es así que se cuenta con el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, aprobado con Resolución Ministerial **N°519-2006/MINSA**, en donde el sistema tiene cuatro componentes: Planificación para la calidad, Organización para la calidad, Garantía y Mejora e información para la Calidad.

En nuestra Región se inicia las acciones por la calidad de manera focalizada, a través de la intervención de programas y proyectos implementados por el nivel nacional y regional, realizando estudios, encuestas, mejora de capacidades, proyectos de mejora entre otros, lo característico fue una intervención focalizada; paralelamente se incorpora las funciones del sistema de gestión de la calidad en la estructura orgánica.

La oficina de Gestión de la calidad del Hospital Regional viene funcionando mediante resolución desde marzo del 2008, fue reestructurada a través de la Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Regional del Cusco y la Ordenanza Regional N° 130-2017-CR/GRC.CUSCO, que aprueba el Cuadro para Asignación de Personal (CAP) del Hospital Regional del Cusco.

Desde el punto de vista de organización, la Oficina de Gestión de la Calidad, en la actualidad, viene trabajando las siguientes unidades: Unidad de Garantía de la Calidad, Unidad de Seguridad del Paciente, Unidad de Mejora Continua y Unidad de Información para la Calidad; a las cuales se ha estado incorporando personal para el desarrollo adecuado de su función básica, existiendo en la actualidad una brecha de acuerdo a los documentos de gestión, asignando la responsabilidad de estas unidades en ocho personas en la distribución siguiente: Dos profesionales médicos responsables de la unidad de garantía de la calidad, Un profesional Cirujano Dentista y licenciada en obstetricia : Responsable de la Unidad de Mejora Continua, dos Licenciadas en Enfermería: Responsable de la Unidad de Seguridad del Paciente y un Técnico Administrativo: Apoyo



PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



Administrativo de la Oficina de Gestión de la Calidad, y en la Unidad de Información para la Calidad: Un Técnico Administrativo: Responsable de Plataforma de Atención al usuario y dos profesionales Relacionadores Públicos.

### **Componente de Financiamiento:**

La Oficina de Gestión de la Calidad no ha sido convocada para participar en la formulación de presupuesto 2020, por lo que no se tiene conocimiento del presupuesto con que cuenta, para el año 2021 se solicitó la participación de un representante de la Oficina de Gestión de la Calidad en la elaboración del POI.

### **Componente de Prestación:**

La Oficina de Gestión de la Calidad viene desarrollando diferentes acciones, dentro de ellas la **Autoevaluación** para la acreditación evaluando periódicamente los estándares de acreditación de los 21 macro procesos en los diferentes servicios de nuestra institución, obteniendo el 2000 un puntaje de 50.5, el 2011 un puntaje de 44, el 2012 de 50 y el 2017 52%, siendo estos resultados de No aprobados.

En los años precedentes se realizó también las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo SERVQUAL, obteniendo puntaje global de satisfacción en el 2020 (64.5%), 2019 (53%) 2018 (62%), 2017 (59.6%), 2016 (56.3%), 2015 (60.6%), 2013 (23.4%) y en el 2012 de 39.6%.

Respecto a Auditoría, durante el año 2019 se conformó el Comité de Auditoría de la Calidad en Salud, el cual realizó Auditorías de Caso., en la actualidad se ha propuesto la reconfiguración del Comité de Auditoría de la Calidad de Salud y Auditoría Médica.

Respecto a Seguridad del paciente se ha elaborado e implementado el Plan de Seguridad del Paciente y de Gestión de Riesgos del Hospital Regional del Cusco, se ha realizado Rondas de Seguridad del Hospital Regional del Cusco, Monitorizado y supervisado el cumplimiento de los indicadores de Seguridad del Paciente, Fortalecido la implementación del Higiene de manos dentro de la institución, Supervisado y Evaluado la Aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.



El estudio sobre cultura organizacional arroja resultados de “Por mejorar” (0.522), en las Dimensiones de Recompensa y Remuneración los resultados son de “No saludable”, resultando *por mejorar* la mayoría de las dimensiones y solo dos obtienen puntajes con niveles *saludables (identidad y estructura)*.

En lo que se refiere a la Gestión de Quejas y Reclamos, en este año han incrementado los reclamos, y también aquellos que han sido solucionados con la Interposición de buenos oficios (siendo la relación por cada uno que presenta su reclamo, 10 son solucionados con la interposición de buenos oficios), no obstante de los reclamos presentados en su mayor parte fueron para el servicio de Admisión.

Dentro de otras funciones se ha realizado el seguimiento y monitoreo al Cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora alcanzados en el periodo 2020.

### **3. PROBLEMAS O NUDOS CRITICOS**

#### **3.1. PROBLEMAS**

Luego del análisis de la situación, en equipo se ha identificado varios problemas, del cual se ha priorizado los cinco primeros siguientes:

---

#### **Gráfico N° 04. Priorización de Problemas**



PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION			PUNTAJE	PRIORIDAD
	FRECUENCIA	IMPORTANCIA	FACTIBILIDAD		
1 Manejo y Registro de Historia Clínica	5	5	5	15	ALTA
2 Seguridad del Paciente Guías de Practica Clínica, Capacitaciones y	Supervisores	5	5	15	ALTA
3 Comunicación Efectiva	5	5	3	13	MEDIO
4 Funcionamiento y Mantenimiento de equipos	5	3	5	13	MEDIO
5 Limitada información al usuario externo	3	5	5	13	MEDIO
6 Insatisfacción del usuario externo elevada	5	5	3	13	MEDIO
7 Guías de práctica clínica y manuales de procesos desactualizadas	5	5	1	11	BAJO
8 Escaso compromiso hacia la mejora continua	5	5	1	11	BAJO
9 Insatisfacción del usuario interno	5	3	1	11	BAJO
10 Limitada Promoción de la salud.	3	3	3	9	BAJO





11 Ser un Hospital no acreditado	1	5	1	7	BAJO
----------------------------------	---	---	---	---	------

### 3.2 ANALISIS FODA OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

#### Fortalezas:

#### PERSONAL

- Experiencia en labores asistenciales y continuidad del trabajo en la OGC del personal asignado.
- Personal comprometido con el logro de los objetivos institucionales
- Personal motivado en el cumplimiento de las metas programadas.
- Buena relaciones interpersonales.
- Comunicación asertiva entre el equipo.
- Programación mensual de actividades.
- Buena predisposición para el trabajo.
- Capacidad del personal para resolver problemas, quejas y reclamos

#### PRODUCCION

- Trabajo integrado para el cumplimiento de las metas.
- Programación de actividades por unidades y componentes el sistema de Gestión de la Calidad.

#### FINANCIEROS

- Autogestión de recursos financieros.
- Disponibilidad de equipo de anexo telefónico.



- LOGISTICA
  - Disponibilidad de internet.
- GESTION
  - Trabajo multidisciplinario
  - Análisis y evaluación de indicadores de Gestión hospitalaria.

**Debilidades:**

ASPECTO	DEBILIDADES
PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano insuficiente que permita un permanente y adecuado monitoreo y cumplimiento de la normatividad vigente.</li> <li>• Falta de recurso humano</li> </ul>
PRODUCCION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitado producción en el componente de Auditoria y de mejora continua.</li> </ul>
FINANCIEROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos insuficientes que no permiten satisfacer todas las necesidades básicas de la oficina.</li> <li>• Plan Táctico no es considerado en el presupuesto, ni participación en el POI y PEI</li> </ul>
LOGISTICA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta más implementación de mobiliario.</li> <li>• Infraestructura reducida</li> <li>• Limitado desempeño de los equipos</li> <li>• Parcial seguimiento de actividades de mejora.</li> </ul>
GESTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apoyo por parte de las Jefaturas para brindar facilidades a los integrantes de los diferentes equipos de auditoria.</li> </ul>

**Oportunidades:**

ASPECTO	OPORTUNIDADES
POLITICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modernización del sector salud.</li> <li>• Lineamientos de la OMS</li> <li>• Convenio de Gestión</li> </ul>



- POLITICO
  - Modernización del sector salud.
  - Lineamientos de la OMS
  - Convenio de Gestión
  
- ECONOMICO
  - La Mejora de la Satisfacción del usuario incrementa la demanda
  
- CULTURAL
  - Inclusión social, que permite integrarnos más con las necesidades del usuario externo.
  - Presencia de la Junta de Usuarios de Salud
  - Coordinación con asociación de personas con disminución de la visión, club de enfermedades crónicas, club de diabetes.
  
- DEMOGRAFICO
  - Presencia de población en los diferentes ciclos de vida.
  - Incremento de la población por el aumento de la demografía.
  
- SOCIAL
  - Presencia de SUSALUD.
  - Presencia de asociaciones sin fines de lucro

**Amenazas:**

ASPECTO	AMENAZAS
POLITICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso apoyo en los problemas institucionales y de déficit, por parte de las autoridades regionales.</li> </ul>
ECONOMICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente recurso económico asignado a la institución</li> </ul>



## CULTURAL

- Cultura organizacional incipiente.

## DEMOGRAFICO

- Población con desconocimiento de la realidad hospitalaria.

## SOCIAL

- Presencia de la prensa no objetiva, que desinforma a la población y acude al establecimiento sin coordinación.
- Presencia de organizaciones gubernamentales.
- Referencia de pacientes graves que sufran accidentes de tránsito que traen de las clínicas después del término del subsidio del SOAT
- Documentos de gestión, MAPRO, guías de práctica clínica desactualizados.
- Pobre implementación de recomendaciones por parte de diferentes jefaturas.

## GESTION

- Poco involucramiento de parte de jefaturas
- Dirección con poco apoyo para el cambio en la gestión hospitalaria con costumbres arraigadas.
- Jefatura de sala de operaciones se niega a cumplir con su trabajo.
- De realizar el paloteo de las cirugías seguras, son reacios al cambio, dicha información es realizado por el personal de la oficina de calidad.

#### 4. OBJETIVOS

##### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios del Hospital Regional Cusco.



## 4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

### OBJETIVO ESPECIFICO 1

Garantizar la Calidad de Atención en Salud a través de metodología estandarizadas

### OBJETIVO ESPECIFICO 2:

Fortalecer el Control y Regulación Sanitaria

### OBJETIVO ESPECIFICO 3:

Mejorar la Comunicación con el usuario externo, garantizando el respeto de sus derechos y deberes

## 5. ESTRATEGIAS QUE PERMITAN LOGRAR LOS OBJETIVOS

### 5.1. ESTRATEGIA 1:

Desarrollar actividades de conducción y orientación superior:

- Asistencia Técnica a Áreas asistenciales y administrativas
- Capacitación y asesoramiento en la elaboración de Guías de Práctica Clínica
- Capacitación y asesoramiento en la elaboración e implementación de proyectos de mejora de la calidad de los servicios
- Capacitación en Autoevaluación, Auditoría y Seguridad del Paciente.
- Aplicación y Socialización de los Resultados del Estudio de Satisfacción del Usuario Externo-SERVQUAL

### 5.2. ESTRATEGIA 2:



Engarzar actividades destinadas a mejorar el Control y Regulación Sanitaria, así como la prevención de riesgos y daños para la salud:

- Desarrollo de la Autoevaluación para la Acreditación hospitalaria.
- Ejecución de Auditorías de la Calidad de Atención
- Seguimiento de recomendaciones derivadas de auditorías
- Capacitación en Seguridad del Paciente
- Desarrollo de Rondas de Seguridad
- Notificación de Incidentes y/o Eventos Adversos.
- Planificación y seguimiento de la Conducción de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

### 5.3. ESTRATEGIA 3:

Promoción e información de la salud:

- Informatización y sistematización de la información a brindar al paciente
- Recepción, análisis y seguimiento de las Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones
- Promoción de derechos y deberes del usuario externo
- Promoción de la salud y Lactancia materna a través de medios audio-visuales
- Evaluación de Satisfacción del Usuario externo y Tiempo de espera
- Evaluación de Satisfacción del usuario interno

## 6. ANEXOS

Matriz N° 01. Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuesto (anexo N°6)



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

Gobierno Regional del Cusco  
Dirección Regional de Salud  
Cusco

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad





PERÚ

Ministerio de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVO ESPECIFICO	COD.OE	ACIVIDAD OPERATIVA A DESARROLLAR	COD.AO	META FISICA OPERATIVA		META TOTAL A EJECUTAR	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES				META SIAF	PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS					PIA de RR.HH. Nombra do	OFICINA RESPONS ABLE			
				TAREAS ASOCIADAS	UNIDAD DE MEDIDA		I	II	III	IV		TOTAL	RO	RDR	D y T.	OTROS			BRECHA		
												SIGA	PIA	PIA	Proyección	Cooperantes, Municipalida des etc.)					
<b>OBJETIVO GENERAL DEL POI: FORTALECER LA RECTORIA, GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SANITARIA</b>																					
OPTIMIZAR EL PLANEAMIENTO INSTITUCIONA L	OE.11	PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO		ACCIONES DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO	INFORME	7	5	1	0	1											
				Elaboración y Aprobación del Plan Táctico	INFORME	1	1														
				Elaboración y Aprobación de loa TdRs	INFORME	3	3														
				Socialización del Plan Táctico	INFORME	1	1														
				Evaluación del Plan Táctico de la Oficina de Calidad	INFORME	2		1		1											
MEJORAR LA CONDUCCIÓN. ORENTACIÓN	OE 12	CONDUCCIÓN Y ORIENTACIÓN SUPEROR	AO.121	CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR	INFORME	20	5	5	5	5											
				Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación da la Lista de Verificación da la Seguridad de la Cirugía en centro quirúrgico	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo, Supervisión y evaluación de la implementación del Registro. Notificación y Análisis da la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en los establecimientos de salud	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo y evaluación de la implementación de la Auditoria de la Calidad de Atención en Departamentos y Servicios	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo, supervisión y evaluación para la implementación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS VV	INFORME	4	1	1	1	1											
				Monitoreo y evaluación dala adherencia a la técnica del lavado de manos en Servicios Hospitalarios.	INFORME	4	1	1	1	1											
					Monitoreo y evaluación de la implementación de las guías de práctica clínica / protocolos / flujogramas	INFORME	4		2		2										
	OE.13	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	A O.13.1	CAPACITACION POR LINEAS DE ACCION DEL SOCS	INFORME	7	1	5	1	0											
				Evaluación e implementación de Guías de Práctica Clínica	INFORME	1		1													
				Seguridad de Paciente Eventos Adversos	INFORME	1		1													







				Monitoreo da la Implementación da las Recomendaciones de las Auditorias Desarrolladas	INFORME	3															
				Reunión Técnica de Socialización de los Resultados	INFORME	3															
				Planes, Acciones /Proyecto de Mejora las recomendaciones de la auditoria	INFORME	2															
<b>OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO 2: MEJORAR EL CONTROL EPIDEMIOLÓGICO, RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD.</b>																					
MEJORAR EL CONTROL REGULACIÓN SANITARIA V FORMULAR LAS NORMAS	OE.2.1	CONTROL SANITARIO	AO.2.1.1	<b>INSPECCIÓN Y CONTROL</b>	CONTROL REALIZADO	7	0	0	0	0											
				Conformación del Equipo de Acreditación	INFORME	1															
				Conformación del Equipo de Autoevaluadores internos	INFORME	1															
				Elaboración y Aprobación del Plan de Autoevaluación	INFORME	1															
				Comunicado Oficial del inicio de la autoevaluación a la DIRESA	INFORME	1															
				Ejecución del Plan de Autoevaluación	INFORME	1															
				Presentación del informe de Autoevaluación	INFORME	1															
Elaboración, Implementación de acciones/ planes y/o proyectos de mejora para la acreditación	INFORME	1																			



PERÚ

Ministerio  
de Salud

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
CUSCO

HOSPITAL REGIONAL CUSCO  
Oficina de Gestión de la Calidad



## 7. BIBLIOGRAFIA O REFERENCIA NORMATIVA

- Norma Técnica N° 042-2016-MINSA.
- Decreto Supremo N° 046-2014/PCM Política Nacional para la Calidad
- R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N°727-2009/MINSA, Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- R.M. N° 896-2017/MINSA “Creación la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud”
- Normas Técnicas de Gestión, Calidad, Atención Integral, Planificación de nivel Nacional.

Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe>