



2/12

29.02.2012



Nº 0044-DE-HONADOMANI-SB/

2012

Resolución Directoral

Lima 27 de Febrero de 2012



Visto; el Expediente N° 1998-12, y la Nota Informativa N° 035-2012-OGC-HONADOMANI.SB, de fecha 06 de febrero del 2012, suscrito por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



CONSIDERANDO:

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el literal b) del artículo 24, de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas norma y evalúa el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el sector;

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" estableciéndose que las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional y demás establecimientos de salud son responsables de su aplicación;



Que, mediante Nota Informativa N° 035-2012-OGC-HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Director General el Plan de Auditoría para la Calidad de Atención en Salud correspondiente al año 2012, para su aprobación y oficialización;

Que, la adecuada articulación de los niveles de respuesta, implica el establecimiento de normas y procedimientos que regulan la respuesta organizada y coordinada de la Institución, por lo que resulta necesario contar con el Plan de Auditoría para la Calidad de Atención en Salud correspondiente al año 2012, para fortalecer las acciones y lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



Estando a lo propuesto por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación del Sub Director General, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, del Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y de la Directora Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones conferidas al Director General mediante la Resolución Ministerial N° 436- 2011/MINSA, y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico "Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2012" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; compuesto de ocho (08) folios, que en documento adjunto y debidamente visado, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- La Oficina de Gestión de la Calidad se encargará de la difusión, implementación y seguimiento del Documento Técnico "Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2012" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Notifíquese la presente Resolución Directoral a los estamentos correspondientes y su publicación en la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". (www.sanbartolome.gob.pe), para conocimiento y fines pertinentes.

Regístrese y Comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"
[Signature]
DR. JULIO CANO CARDENAS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 12726

- JCC/GVO
- cc. **OEI**
- Sub-Dirección General
- OEPE
- OCI
- OGC
- OAJ
- Interesados
- Archivo

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA
29/2/12
RECIBIDO
HORAS: 10:32 FIRMA: *[Signature]*



**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"**

**"Documento técnico: PLAN DE AUDITORIA DE LA
CALIDAD DE ATENCION EN SALUD - 2012
HONADOMANI San Bartolomé"**

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

LIMA-2012



INDICE

	Pag.
I. Introducción	3
II. Finalidad	3
III. Objetivos	4
IV. Base Legal	4
V. Ámbito de Aplicación	4
VI. Estrategias	4
VII. Definiciones operativas	5
VIII. Criterios de selección	5
IX. Comités de Auditoría	6
X. Cronograma	7
XI. Anexos	8



I. INTRODUCCIÓN:

Las auditorías tienen como fin primordial, garantizar la calidad técnica de la atención en salud, y contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente y eficaz, los recursos asignados para dicha atención. A través de la Auditoría se identifican oportunidades para mejorar la calidad de atención de los pacientes y puede facilitar el cambio hacia una práctica de la **Medicina Basada en Evidencias (MBE)**, mediante el uso de las **Guías de Práctica Clínica**.

La auditoría evalúa sistemáticamente la calidad, así como la racionalidad técnico – científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud. Significa la comparación entre la calidad observada y el *lex artis* de acuerdo con las normas técnico – científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.

Las organizaciones de salud deben de manera permanente evaluar la calidad de atención que brindan y adecuar la organización a las necesidades de los usuarios, el Ministerio de Salud como ente rector a emitido una serie de directivas en ese sentido.

EL sistema de Gestión de la Calidad Mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/ MINSa, que aprobó el Documento Técnico “**Sistema de Gestión de la Calidad en Salud**”; define las bases conceptuales, principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes del Sistema, así como los aspectos técnico - normativos que orientarán a la organización hacia una gestión de calidad, y norma específica de Auditoría NT N° 029- MINSa/DGSP-V.01, Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSa, a auditoría de registro y auditoría de caso.

En éste marco de acciones se priorizan algunas estrategias básicas de intervención en calidad, teniendo en cuenta el amplio consenso generado respecto a su utilidad en el control y mejoramiento de la calidad: Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, Medición de la Satisfacción de los Usuarios, Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Mejoramiento Continuo de la Calidad, Clima Organizacional y la Seguridad del Paciente. El desarrollo de estas estrategias exige una importante inversión en el potencial humano, capacitación y mejoramiento en sus condiciones de trabajo.

El presente Plan de Auditoría, pretende a través de las actividades planteadas dentro de la estructura de los comités de auditoría, mejorar la calidad de atención del usuario externo y vincular las actividades de los comités con el cumplimiento de los criterios de Acreditación, de tal forma que todos los esfuerzos desplegados por la institución, se vean reflejados de manera directa en el usuario externo y de manera indirecta en la Acreditación del HONADOMANI San Bartolomé.



II. FINALIDAD:

Fortalecer la función de control en los procesos de atención a fin de promover la calidad, la mejora continua en la atención de salud en el HONADOMANI San Bartolomé.

III.OBJETIVOS:

Objetivo General:

Mejorar la Calidad de la Atención en Salud, incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención en los diferentes Unidades Productoras de Servicio del Honadomani San Bartolomé.

Objetivos Específicos:

1. Mejorar la calidad de las prestaciones asistenciales en todas las UPS del Honadomani San Bartolomé.
2. Lograr los niveles óptimos de cumplimiento de los criterios para la Autoevaluación
3. Fortalecer la Capacidad Técnica a los Integrantes de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención, en el ámbito del Honadomani San Bartolomé.

IV. BASE LEGAL:

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo N° 023-2005-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
5. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029 – MINSA/DGSP – V.01 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" el 23 de junio del 2005.
7. Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA, que aprueba el documento técnico "Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a NT N° 029 – MINSA/DGSP – V.01, 2007-2009.
8. Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad en Salud N° 123-MINSA-DGSP/V.01.
9. Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, aprobado el 29 octubre 2009.

V. AMBITO DE APLICACIÓN:

El Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, será de aplicación en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

VI. ESTRATEGIAS:

1. Vincular las actividades de auditoría al cumplimiento de los criterios de acreditación.
2. Soporte técnico para los comités de auditoría.
3. Empoderar a los departamentos de las actividades de auditoría.
4. Facilitar el trabajo de los comités a través del apoyo logístico.
5. Crear espacios de retroalimentación de los informes de auditoría.



VII. Definiciones Operativas:

- **Área asistencial crítica para Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el área de la atención de salud que presenta mayor número de Auditorías de Casos originadas por quejas o denuncias de presuntas negligencias médicas y aquellas identificadas en el análisis de la realidad de cada entidad de salud.
- **Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud;** Conformado por un Comité de Auditoría Central y por los Comités de Auditoría Periféricos. Son los que diseñan y evalúan el Plan Anual de Auditoría de la institución.
- **Plan Anual de Auditoría:** Plan que detalla las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, y establecen las auditorías de la calidad de registro de las historia clínicas, las auditorías de la calidad de la atención y las auditorías de caso (de oficio y a demanda).
- **Auditoría de la calidad de registro**
Es la verificación muestral de la calidad de los registros médicos o de enfermería contrastando con una parte de los registros ó un formato de las historias clínicas en relación a un determinado servicio asistencial
- **Comité de Auditoría en Salud**
Equipo encargado de la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- **Auditoría de proceso**
Es el conjunto de actividades **definidas** (porque se puede deber a un procedimiento administrativo en el caso de consulta externa o un protocolo de atención para los casos de cirugías programadas y exámenes de laboratorio), **repetitivas** (puesto que el procedimiento administrativo o el protocolo de atención se realiza en todos los casos) y **cuantificables** (puesto que cada uno de ellos se puede contar, por ejemplo el número de personal que se atendieron por consulta externa, el número de pacientes programados para cirugía que fueron efectivamente operados y el número de exámenes de glucosa programados) que emplea un insumo, le agrega valor a esta y suministre un resultados útil para un cliente interno externo



VIII. CRITERIOS DE SELECCION:

- **Auditoría de registro:** se incluirán las historias clínicas de las áreas de atención ambulatoria, Hospitalización y Emergencia dependientes de los departamentos de Pediatría, Ginecobstetricia, Emergencia y Enfermería y la información obtenida debe corresponder a la atención recibida en el periodo 2011 (segundo semestre o primer semestre 2012)
- **Auditoría de la calidad de atención:** se auditará el grado de adherencia a las Guías de práctica clínica en la atención, se realizarán en las Áreas de atención

ambulatoria, Hospitalización y Emergencia dependientes de los departamentos de Pediatría, Ginecobstetricia, Emergencia y Enfermería.

- **Auditoria de caso de Oficio:** se incluirán todos los casos de muerte materna según definición establecida en la norma, los casos de muerte por enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica y los casos de muerte perinatal intrahospitalaria de peso mayor o igual a 3,000 grs.

IX. DE LOS COMITES DE AUDITORIA:

COORDINADOR DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD
Dr. Yuri Velazco Lorenzo

COMITÉ CENTRAL
COMITÉ DE AUDITORIA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PEDIATRICA
COMITÉ DE AUDITORIA DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRITICOS
COMITÉ DE AUDITORIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
COMITÉ DE AUDITORIA DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA
COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD



X

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION SALUD 2012

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA												RESPONSABLES	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	Reuniones para la difusión del Plan de Auditoría.	Informe	1		X												Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría
	Conformación del comité de Auditoría en Salud	Informe	1			X											Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría
2	Reuniones para la elaboración de instrumentos de Auditoría de la calidad de atención.	Informe	1			X											Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
3	Auditoría de la Calidad de Registro del Plan de Historias Clínicas en la atención ambulatoria.	Informe	1				X										Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
4	Auditoría de la Calidad de Registros del consentimiento informado de Historias Clínicas en hospitalización	Informe	1					X									Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
5	Auditoría de Proceso en hospitalización	Informe	1				X							X			Unidad de Garantía de la Calidad/Comité de Auditoría en Salud /Coordinador de Auditoría
6	Auditoría de la Calidad de Registros de Historias Clínicas: Evaluación del plan de trabajo concordante con la GPC en Hospitalización	Informe	1							X							Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
7	Auditoría de la Calidad de Registros de Historias Clínicas: Evaluación de las complicaciones obstétricas en Hospitalización según GPC	Informe	1								X						Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
8	Auditoría de la Calidad de Registros de Historias Clínicas: Evaluación manejo quirúrgico y anestésico.	Informe	1									X					Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
9	Auditoría de la calidad de registro de historias clínicas de la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecida en Hospitalización	Informe	1										X				Unidad de Garantía de la Calidad/Comités periféricos/Coordinador de Auditoría
9	Análisis de caso: por mortalidad; Neonatal, pediátrica, materna.	Informe de Auditoría	1					X							X		Comité por Departamentos
10	Diagnóstico del nivel de necesidad de capacitación en Auditoría.	Informe	1		X												Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría
11	Capacitación en Auditoría y temas conexos.	Capacitación	1							X							Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría
12	Reunión de socialización de los resultados de las Auditorías con los Comités de Auditoría.	Informe	1											X			Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría
13	Monitoreo de las conclusiones y recomendaciones de los informes de las Auditorías ..	Informe	1												X		Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría
14	Informe anual de Evaluación	Informe	1												X		Unidad de Garantía de la Calidad/Coordinador de Auditoría

XI. ANEXOS

LISTADO DE CRITERIOS DE ACREDITACION VINCULADOS AL TIPO DE AUDITORIA

DIR1-7	La Dirección del establecimiento de salud asegura la adhesión del personal a las guías de prácticas clínicas para la atención de las prioridades sanitarias en el ámbito regional y/o regional. 0: La adhesión del personal es menor al 50%; 1: La adhesión de personal está entre el 50% y el 80%; 2: Logra adhesión mayor a 80%.	ACA
MRA3-2	Durante el procedimiento, se evalúa el riesgo de infección del sitio quirúrgico en función de la intervención prevista y se aplica la profilaxis antibiótica correspondiente de acuerdo a las guías de prácticas clínicas (GPC) establecidas. 0: No se evalúa; 1: Se evalúa el riesgo de infección, pero no se da profilaxis antibiótica o esta profilaxis no corresponde a la GPC; 2: Cumple con lo establecido.	ACA
MRA5-1	El personal profesional de enfermería cuenta y aplica las guías de atención de enfermería por servicios y están actualizadas. 0: No cuenta; 1: Cuenta, pero no aplica o aplica parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	ACA
MRA5-2	El personal profesional de enfermería elabora, aplica un plan de atención de enfermería y registra los procedimientos realizados. 0: No elabora; 1: Elaboro, pero no aplica o no registra; 2: Elaboro, aplica y registra.	AR
MRA5-3	El personal profesional de enfermería asegura la administración correcta de medicamentos (vía, dosis, frecuencia, hora y medicamento). 0: No asegura; 1: NO VALIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.	AR
CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. 0: No cuenta con plan ni instrumentos; 1: Cuenta con plan e instrumentos parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	AUD-OGC
CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. 0: Menos del 50% del personal está capacitado; 1: Del 50 al 80% del personal; 2: Está capacitado más del 80% de personal.	AUD-OGC
CGP2-2	Se cuenta con un comité de auditoría capacitado y que realiza, auditoría de caso, en fallecidos y en casos de muerte materna. 0: No se cuenta con Comité; 1: Cuenta, está capacitado pero no realiza auditorías o realiza auditorías para uno de los dos casos; 2: Cumple con lo establecido.	AUD-OGC ACAS- OFICIO
CGP2-5	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de la prácticas clínicas en las atenciones realizadas en emergencias. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido.	ACA
CGP2-6	El establecimiento de salud evalúa la aplicación de las guías de prácticas clínicas en las atenciones asistenciales y neonatales de emergencias. 0: No evalúa; 1: Evalúa parcialmente; 2: Cumple con lo establecido.	ACA

*ACA: auditoría de la calidad de atención
AR: auditoría de registro
ACAS: auditoría de caso
OGC: oficina de gestión de la calidad

