



N° 0002-DG-HONADOMANI-SB/2016

Resolución Directoral

Lima, 25 de ENERO de 2016.

Visto, el Expediente N° 000787-16;

CONSIDERANDO:



Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA, se aprobó el "Documento Técnico: Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01 2007-2009", el cual establece que el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud diseña y evalúa el Plan Anual de Auditoría de la Institución, cuya ejecución deberá ser informada o reportada al Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Asimismo, la citada norma precisa que los Planes Anuales de Auditoría deben contar con la aprobación oficial de la máxima autoridad del establecimiento;



Que, mediante Nota Informativa N° 018-2016-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita al Director General, que se oficialice via Resolución Directoral el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2016 Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", remitiendo en 10 folios el "Documento Técnico: Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud - 2016";

Que, significando que la Resolución solicitada constituye un instrumento de gestión requerido por SUSALUD cuya omisión acarrearía sanción; el alcanzado como documento técnico cumple con la estructura y contenido establecido en el artículo 6.1.4 de las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA;

Que, mediante Nota Informativa N° 002-DA-HONADOMANI SB.2016, el Director Adjunto informa que, luego de revisado el Plan de Auditoría de la Calidad en Salud, se encuentra mejorado y actualizado, emitiendo opinión favorable para su aprobación;



Que, mediante Memorandum N° 0044 DG HONADOMANI.SB.2016, el Director General solicita se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud-2016 antes enunciada;

Con las visaciones de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Ministerial N° 399-2014/MINSA, y el artículo 11°, inciso c) del Reglamento de

Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el "DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD - 2016" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta en diez (10) folios, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.



Artículo Segundo. - Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión y cumplimiento del citado Plan en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero. - Disponer que el Departamento de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del Plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe



Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
GRUPO DE PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"
Dr. EDUARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Director General
CMP. 5096 ENE 5307

MINISTERIO DE SALUD
GRUPO DE PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Documento Asesorado
MARCIAL ALVAREZ VEGA
FEDATARIO
Reg. N° 12 Fecha: 25 ENE 2016

EWVP/IRACL/JCVO/rpag
Cc
DA
DGC
OAJ
OEI
Archivo

HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" SECRETARÍA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 26 ENE. 2016 RECEPCION Hora: 2:30 a Firma: (D)
--

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOME**

**“Documento técnico: PLAN DE AUDITORIA DE
LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD - 2016
HONADOMANI San Bartolomé”**

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

LIMA - 2016

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	03
II. FINALIDAD	04
III. OBJETIVOS: GENERAL Y LOS ESPECIFICOS	04
IV. BASE LEGAL	04
V. AMBITO DE APLICACIÓN	04
VI. ANÁLISIS ESTRATEGICO	05
VII. DEFINICIONES OPERATIVOS	06-07
VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN	08
IX. COMITES	08
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	09-10

PLAN DE ACTIVIDADES COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD 2016

I. INTRODUCCION

En la actualidad la demanda del usuario externo ha aumentado y exige cumplimiento de la normatividad para la plena satisfacción, la omisión o incumplimiento de dichas normas derivan en reclamaciones, quejas y/o procesos legales, que requieren de la auditoría, para la identificación de las no conformidades, y proponer las mejoras para la institución.

En el Hospital San Bartolomé contamos con un Comité de Auditoría de la Calidad de atención Central y cuatro Comités Periféricos de cada Departamento: Gineco Obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediátrica y Emergencias y Cuidados Críticos, reconocidos con Resolución Directoral N°0384 del 17 de agosto del 2015, y funcionalmente activos y posicionados de tal forma que en la actualidad se realizan una serie de reuniones de difusión de las no conformidades y sus recomendaciones con los grupos inmersos en la Auditoría de Caso, con el objetivo, de que se implementen las mejoras recomendadas en forma dinámica y en el tiempo determinado. El logro más importante es la inclusión de las Auditorías de Oficio elaborados por los Comités periféricos de cada departamento como un indicador de Gestión Asistencial.

Por lo tanto cumplimos con la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP-V-01, Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, en el acápite 6.2.1 referido a la organización, estipula que en las organizaciones de Salud que cuenten con una Oficina de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces, se constituya en sus componentes. En el Acápite 6.3 Actividades, define que se debe elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, así conforme a prioridades institucionales y a sus necesidades, el mismo que será presentado a la Dirección de la Organización de Salud y/o establecimiento de Salud para su conocimiento aprobación y difusión.

El Plan de Auditoria para el año 2016 del HONADOMANI San Bartolomé, permitirá programar actividades que realizaran los integrantes de los comités centrales y periféricos de cada departamento, con la única finalidad de mejorar los procesos de atención orientadas a lograr servicios de calidad para la satisfacción del usuario externo del Hospital San Bartolomé.

II. FINALIDAD

Mejorar los procesos de atención orientados a lograr servicios de alta calidad para la satisfacción del usuario externo del Hospital San Bartolomé.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de la atención en salud, incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud para su mejor ejercicio.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Identificar los problemas en el proceso de atención que permita implementar acciones para la mejora continua de la calidad de atención.
- Fortalecer la capacidad técnica a los integrantes de los comités de auditoría de la calidad de atención a través de cursos y conferencias
- Mejorar la adherencia a las Guías de Práctica clínica en la atención de los usuarios externos en todos los departamentos.

IV. BASE LEGAL

1. Ley No 26842, Ley General de Salud.
2. Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Decreto Supremo No 023-2005-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
4. Decreto Supremo No 013-2006-SA "Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".
5. Resolución Ministerial No 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
6. Resolución Ministerial N° 474 – 2005/ MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP- V.01 del 23 de junio del 2005.
7. Directiva administrativa para el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud N°123-MINSA-DGSP/V.01
8. Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, aprobado en el 29 octubre 2009.
9. Resolución Directoral N° 0384-DG-HONADOMANI-SB-2015. Del 17 de Agosto del 2015, conformar el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en salud.

V. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan de Actividades de Auditoría de la Calidad de los Servicios de Salud se desarrollará en el HONADOMANI San Bartolomé nivel III-1.

VI. ANÁLISIS ESTRATÉGICO:

Mediante el análisis FODA se hace el diagnóstico situacional en la que se encuentra la auditoría en el HONADOMANI “San Bartolomé”

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar con comités de auditoría de la calidad reconocidos con Resolución Directoral N°0384 del 17 de agosto del 2015 • Contar con apoyo de la Dirección General, según plan operativo 2015 aprobado con RD N°0192 7 mayo 2015 • Contar con personal especializado o calificado en auditoria y administración • Hospital III Nivel con profesionales especialistas y sub especialistas • Contamos con servicios altamente especializados para la atención materno infantil. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • IGSS y MINSA realizan capacitación en auditoria • Existencia de normativa en auditoria vigente y en procesos de actualización normativas de salud • Marcada demanda insatisfecha que genera reclamos de los usuarios externos en la institución. • En el Marco de la reforma en salud se le está dando mayor relevancia a la implementación de la calidad dentro de ella al tema de la auditoría. • Implementación de unidades funcionales u orgánicas de auditoria en los diferentes niveles de atención. • Incremento de problemas medico legales y denuncias • Existencia de insatisfacción en usuarios en las áreas de emergencia consulta externa y hospitalización. • Alto porcentaje de incidentes de seguridad en la institución.
<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • No contar con infraestructura ambiente adecuado y propio • Comité de auditoría labora a tiempo parcial • No contar con auditor permanente • Auditores de los comités de servicios no cuentan con capacitación adecuada • No se realizan auditorias de oficio • No seguimiento ni evaluación periódico de recomendaciones de auditorias 	<p>AMENANZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada interpretación de los fines de auditoría considerándola de carácter punitivo • Insuficientes recurso y presupuesto destinados a auditoria • Sobre empoderamiento del paciente amparados en normatividad vigente referencia SUSALUD ley N°29414 Ley de los derechos y deberes de los usuarios. • Existencia del reglamento de infracciones y sanciones.

<ul style="list-style-type: none"> • Comités de auditoría de los servicios incompletos y sin el número recomendado de personal • Jefes departamentos y servicios no cuentan con capacitación en auditoria en temas de administración y gestión. • No cumplimiento ni implementación de las recomendaciones de las auditorías de caso. 	
--	--

6.1 ESTRATEGIAS

1. Capacitaciones periódicas en auditoria a los profesionales del hospital a través de convenios con la Dirección General y el IGSS.
2. Coordinaciones con la Dirección general para el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones generadas en la auditoría para mejorar la calidad de atención efectiva.
3. Programación de las actividades de los comités de auditoría de los departamentos de acuerdo a las normas técnicas vigentes
4. Generar estrategias para la difusión del reglamento de infracciones y sanciones de SUSALUD*
5. Difusión y socialización de las normas técnicas de auditoria, administración y gestión para mejorar la calidad de la atención.
6. Establecimiento de mecanismos para el cumplimiento de la normatividad de control, para mejorar la calidad de la atención que se brinda a la población materna infantil.
7. Mejoras en los registros de la atención brindada a los pacientes de acuerdo a las normas vigentes difundir la norma técnica de auditoria de gestión de la historia clínica a fin de mejorar los niveles de cumplimiento.
8. Difusión de la Norma Técnica de Auditoria de Gestión de la Historia Clínica, a fin de disminuir denuncias y procesos médicos legales.
9. Mejora de los niveles de cumplimiento de la calidad de registros de la atención brindada a pacientes acorde a normas vigentes.
10. Buscamos el empoderamiento en la demanda de la implementación de las recomendaciones de las auditorías de caso, a través de la Dirección Médica a los diversos niveles de atención, para lograr la mejora de la calidad.

VII. DEFINICIONES OPERATIVAS:

Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.- Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud.

Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado “Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.

Auditoría de Caso.- Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo – administrativas del establecimiento de salud. La participación de los integrantes en este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos, y en el consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional. Puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. El resultado final de la Auditoría de Caso se emite en un Informe denominado “Informe de Auditoría de Caso”.

Auditoría Médica.- Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.

☐ **Informe de Auditoría de casos.-** Es el documento que contiene los resultados de la Auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la Auditoría realizada al Director del Establecimiento, el cual tiene la estructura incluida norma de auditoría médica.

☐ **Área Asistencial Crítica para Auditorías de la Calidad de Atención en Salud:** Es Área de la atención de salud que presenta mayor número de Auditorías de casos originados por quejas o denuncias de presunta negligencia médica, y aquellas identificadas en el análisis de la realidad de cada establecimiento.

VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Auditoría de caso a demanda:** se incluirán todos los casos que la dirección u otras autoridades lo consideren necesario

- **Auditoría de caso a 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 3,000grs.
- **Auditoría de Registro:** Se incluirán las historias clínicas de las áreas de atención que se consideren vulnerables a riesgos, quejas o eventos adversos frecuentes correspondientes a la atención recibida en el periodo 2015.
- **Auditoría de la Calidad de Atención:** se auditará el grado de adherencia a las Guías prácticas clínica en la atención, se realizarán en las áreas de atención ambulatoria, hospitalización y emergencia dependientes de los departamentos de Pediatría, Gineco Obstetricia, emergencia y Enfermería.

IX. COMITÉS DE AUDITORIA

Presidente del Comité de Auditoría

Médico Edgar César Hugo Oblitas Baldarrago

Comité Central

Médico Augusto César Amorós Cortés

Médico Mery Yanet Aranda Alberto

Lic. Enf. Flor de María Huamán

Departamento de Pediatría

Médico María del Rosario Rivas Lozán

Médico Erwin Franco Najar

Departamento de Pediatría

Médico César Torres Miranda

Médico Hipólito Namuche Pizarro

Médico Armando Reque García

Departamento de Gineco Obstetricia

Médico Jhony Iván Ramírez Cárdenas

Médico Luz María Mercedes Obando Porras

Departamento de Emergencia y cuidados críticos

Médico Rosa Rojas Medina

Médico Juana Cuba Gonzáles

Comité de Auditoría de Procesos en Salud

Médico Mericé Herrera Torres

Lic. Enf. Norma Párraga Quintanilla

Lic. Obst Cecilia Herrera Málaga

PLAN ANUAL DE AUDITORIA																		
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META ANUAL	X. CRONOGRAMA 2016											RESPONSABLE		
					I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE				
					ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OCT.	NOV.		DIC.	
Mejorar la calidad de la atención en salud, incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud para su mejor ejercicio.	Identificar los problemas en el proceso de atención que permita implementar acciones para la mejora continua de la calidad de atención.	Elaboración y difusión del plan de auditoría	% de informes	1	1											Oficina de calidad		
		Auditorías de caso y socialización	% de auditorías	3		1		1					1				Comité central	
		Seguimiento de las recomendaciones de las auditorías de caso del 2015	Nº recomendaciones implementadas	9			2		7									Jefes de Departamentos Coordinador y comité central y Dirección Médica
		Auditorías de oficina de los casos de incidentes de seguridad con daño en dpto. emergencia	% de auditorías realizadas en EMG.	4			1			1				1			1	Comité periférico Departamento de Emergencia y cuidados críticos
		Auditorías de oficina de los casos de incidentes de seguridad con daño en dpto. GinecoObstetricia	% de auditorías realizadas en c. Obstétrico	4			1			1				1			1	Comité periférico del Departamento de Gineco Obstetricia
		Auditorías de oficina de los casos de incidentes de seguridad con daño en dpto. Cirugía Pediátrica	% de auditorías realizadas en Cirugía Pediátrica	3				1				1				1		Comité periférico del departamento de Cirugía Pediátrica
		Auditorías de oficina de los casos de incidentes de seguridad con daño en dpto. Peditría	% de auditorías realizadas en Peditría	3				1				1				1		Comité periférico del departamento de Peditría

		Auditorías de la calidad de registro asistencial	% de auditorías de registro	7			2	2		1		1		1			Comité central y periféricos	
		Auditoría de proceso de consulta externa	% de auditoría de procesos	1									1				Comité de auditoría de procesos / U. mejora continua	
Fortalecer la capacidad técnica a los integrantes de los comités de auditoría de la calidad de atención a través de cursos y conferencias		Cursos de capacitación en auditorías de la calidad de atención a todos los profesionales	% de cursos realizados	2				1					1				Oficina de Calidad	
		Reuniones entre Comités de Auditoría de diferentes Departamentos para el intercambio de experiencias en auditoría.	N° de Reuniones	2				1							1		Coordinador del comité	
		Asistencia técnica permanente	% de asistencia técnica	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Coordinador del comité
	Mejorar la adherencia a las Guías de Práctica clínica en la atención de los usuarios externos en todos los departamentos.		Auditoría para la adherencias a las guías de práctica clínica	% de informes	3		1			1					1			Comité central y Seguridad del paciente
			Seguimiento de recomendaciones	N° de informes cumplidos	3				1			1			1			Comité periférico del departamento