

**COPIA FIEL DEL ORIGINAL**

PERU Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Servicios de Salud Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

N° 091 -DG-HONADOMANI-SB-2017

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ" OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
01 FEB. 2017  
RECIBIDO  
Hora: 9:20 AM



# Resolución Directoral

Lima, 26 de Enero de 2017

Visto, el Expediente N° 00917-17;

### CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N°26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Publica 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° 502-2016/MINSA de fecha 15 de Julio de 2016, se aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud". El objeto de la presente NTS es mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. **La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud** se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover positivamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. **La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud**, por sí misma, no tiene fines punitivos;

Que, mediante Nota Informativa N° 014-2017-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 19 de Enero de 2017, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad informa al Director General, que la Coordinadora del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud remite el **Documento Técnico: Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud-2017 HONADOMANI "San Bartolomé"**, por lo que solicita su aprobación vía acto resolutivo;



Que, mediante Nota Informativa N° 023-2017-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 25 de Enero de 2017, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, informa al Director General haber corregido las observaciones e incorporado las sugerencias realizadas, por lo que envía el **Documento Técnico: Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2017-HONADOMANI "San Bartolomé"**;

Que, mediante Informe Técnico N° 015-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 26 de enero de 2017, la Coordinadora de Monitoreo Institucional, se dirige al Director Adjunto y remite el Documento Técnico: Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2017 HONADOMANI "San Bartolomé" y manifiesta que cuenta con Opinión Favorable por estar concordantes en estructura y contenido, recomendando la emisión de la Resolución Directoral;

Que, mediante Memorando N° 033.2017-DA-HONADOMANI-SB de fecha 26 de Enero de 2017, el Director Adjunto del HONADOMANI-SB, pone de conocimiento al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica el **Documento Técnico: Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud-2017 HONADOMANI "San Bartolomé"**, que fue revisado, evaluado y aprobado, solicitando proyectar la Resolución Directoral;

Con la visación de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Jefatural N° 10-2017/IGSS, de fecha 20 de Enero del 2017, 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 Auditoria de la Calidad de Atención en Salud-2017 HONADOMANI "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 la Oficina 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](http://www.sanbartolome.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
Dr. ROGADO W. VÁSQUEZ PÉREZ  
Directo General  
C.M.P. 10056 - P.N.E. 6307

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NINO  
"SAN BARTOLOME"  
Documento Autenticado  
SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ  
FEDATARIO  
Reg. N° ..... Fecha: 01 FEB. 2017

- EWWP/JCVO  
Cc.
- DA.
  - OGC
  - OAJ
  - OEI
  - Archivo

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN  
BARTOLOME**

**“Documento técnico: PLAN DE AUDITORIA  
DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD -  
2017 HONADOMANI San Bartolomé”**

**OFICINA DE GESTION DE LA  
CALIDAD**

**LIMA - 2017**

## INDI C E

	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 OPERATIVAS	06-07
VIII.CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS	08-09
IX. COMITES	09
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	10

## I. INTRODUCCIÓN

La Auditoría de la calidad de atención en salud constituye un elemento fundamental para el desarrollo de la institución, implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios entre la calidad observada y la calidad esperada, 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.

En el Hospital San Bartolomé se realiza auditoría de la calidad de atención desde el año 2008, como parte del proceso de Garantía de la calidad, en ese marco se fueron implementando comités de auditoría, un comité central, y comités de auditoría periféricos por Departamentos. La auditoría en el Hospital llegó a determinarse como un indicador de gestión de calidad, lo cual ha permitido que en los últimos años la auditoría de la calidad de atención se entendiera como una herramienta de mejora del proceso de atención a través de la implementación de recomendaciones que de ella derivan, las cuales permiten realizar cambios y mejoras para una adecuada atención del usuario externo y disminuye los riesgos en el trabajo del usuario interno.

La Auditoría de la calidad de atención en la Institución incorpora la socialización como un paso importante del proceso, ello está permitiendo que la auditoría forme parte de la cultura organizacional y de la cultura de seguridad del paciente, tal es así, que como resultado de una auditoría se implementó el consultorio de urgencias para la atención de prioridades III y IV en emergencia.

La Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES.V.02, de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, en el artículo 5 Disposiciones Generales, señala: *"El objeto de la presente Norma Técnica de Salud es mejorar la atención de salud que se brinda en los establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"*. En el artículo 5.4. *"La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso"*.

El Plan de Auditoría del 2017 del HONADOMANI San Bartolomé, se realiza con el fin de permitirnos programar actividades de la auditoría que realizarán principalmente los integrantes de los comités Médicos y de Salud y prioriza el seguimiento continuo para la implementación de las recomendaciones en coordinación con la oficina de Gestión de la Calidad orientados a lograr servicios de calidad para la satisfacción del usuario externo del Hospital San Bartolomé.

## **II. FINALIDAD**

Contribuir a la mejora de los procesos de atención orientados a brindar servicios de alta calidad para la satisfacción del usuario externo en el Hospital San Bartolomé.

## **III. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la calidad de la atención en salud, incidiendo en el desempeño del personal del Hospital San Bartolomé 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 de los integrantes de los comités de auditoría de la calidad de atención, a través de cursos y conferencias.
- Monitorear la Implementación de las recomendaciones que se realizaron en el 2016 como resultado de las auditorías para el mejor ejercicio del proceso de atención.

## **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° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
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° 0349-DG-HONADOMANI-SB-2016. Del 130 de Diciembre del 2016, conformar el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en salud.
10. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA.V.02 Norma Técnica 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, en los Departamentos y servicios asistenciales.

## VI. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Actualmente tenemos conformado dos comités de auditoría: médica y en salud, acorde con la normativa vigente, reconocidos con Resolución Directoral N°0349 del 30 de diciembre del 2016. Durante el año 2016 se han desarrollado en total 07 auditorías de caso y 02 de oficio, se han realizado reuniones de socialización por cada una de ellas; también se han realizado tres auditorías de registro y 2 auditorías de adherencias a las guías de práctica clínica, evaluando 7 guías de práctica clínica. En base a ellas se han establecido recomendaciones cuyo seguimiento se realizarán este año y que fueron incluidas en el Plan de actividades para el 2017. De lo logrado en el Plan Anual de Auditoría 2016 en el HONADOMANI "San Bartolomé" se realiza un análisis FODA:

<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con comités de auditoría de la calidad en Salud reconocidos con Resolución Directoral N°0349 del 30 de diciembre del 2016.</li> <li>• Contar con apoyo de la Dirección General, según plan operativo 2016</li> <li>• Contamos con personal especializado o calificado en auditoría</li> <li>• Hospital III Nivel con profesionales especialistas y sub especialistas</li> <li>• Contamos con servicios altamente especializados para la atención materna infantil.</li> <li>• Se está creando una cultura en auditoría de la calidad de atención en salud, con la socialización de las auditorías.</li> </ul>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de normativa en auditoría actualizada</li> <li>• Normatividad vigente en auditoría que permite obligatoriamente 6 horas semanales para la realización de la auditoría.</li> <li>• Existencia de un sistema de atención de reclamos del usuario externo e interno</li> <li>• 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.</li> <li>• Priorización de la auditoría por parte del ente rector - MINSA</li> <li>• Identificación de problemas médico legales y denuncias.</li> <li>• Existencia de un sistema de identificación y notificación de incidentes de seguridad en la institución.</li> </ul>
<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No contar con médico auditor permanente en la oficina de gestión de la calidad para realizar seguimiento a las recomendaciones.</li> <li>• Poco seguimiento y evaluación periódica de recomendaciones de auditorías.</li> <li>• Jefes de departamentos y Servicios no implementan las recomendaciones de las auditorías realizadas.</li> <li>• Pocas facilidades a los miembros de los comités para que realicen las auditorías</li> </ul>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuada interpretación de los fines de la auditoría considerándola de carácter punitivo</li> <li>• Insuficientes recursos y presupuesto destinados a auditoría</li> <li>• Sobre empoderamiento del paciente amparados en normatividad vigente referencia SUSALUD ley N°29414 Ley de los derechos y deberes de los usuarios.</li> <li>• Existencia del reglamento de infracciones y sanciones.</li> <li>• Cambios en la organización del MINSA (Cierre del IGSS)</li> </ul>

## 6.1 ESTRATEGIAS

1. Programación de las actividades de los comités de auditoría de los Departamentos de acuerdo a las normas técnicas vigentes
2. Difusión y socialización de las normas técnicas de auditoría, administración y gestión para mejorar la calidad de la atención.
3. Seguimiento a la Implementación de las recomendaciones en las UPS realizadas por las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud.
4. Apoyo y compromiso de la Dirección general para el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones generadas en la auditoría para mejorar la calidad de atención efectiva
5. 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.
6. Difusión de la Norma Técnica de Auditoría de Gestión de la Historia Clínica, a fin de disminuir denuncias y procesos médicos legales.
7. 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 PROGRAMADA:** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidas en el Plan Anual.

**AUDITORÍA MÉDICA.-** Tipo de Auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de Datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objeto de evaluar la a calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

**AUDITORÍA EN SALUD.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada e cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

**AUDITORÍA DE CASO.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, Independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

**INFORME DE AUDITORIA 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.

**EVENTO ADVERSO.-** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

**EVENTO CENTINELA.-** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o =libio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

**EVIDENCIA DE LA AUDITORIA.-** Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.

**FUENTES PARA AUDITORÍA.-** Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia. Además se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.-** Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

**HALLAZGOS DE AUDITORÍA.-** Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de audaz-fa, u oportunidades de mejora.

**HISTORIA CLÍNICA (HC).-** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.

**INCIDENTE.-** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

**INFORME FINAL DE AUDITORÍA.-** Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.

**MÉDICO TRATANTE.-** Es el profesional médico que maneja el problema del paciente. Conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquella que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.

**NO CONFORMIDAD.-** Incumplimiento de un criterio en auditoría.

**PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.-** Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente

**RECOMENDACIONES.-** Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo a las propuestas planteadas.

**RIESGO.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

**SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO.-** Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento, con o sin internamiento según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas clínicos.

**SUMILLA.-** Título que resume el hallazgo. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.

## **VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA EJECUCIÓN DE AUDITORÍAS**

- Auditoría Médica programadas las que incluirá todas las defunciones tanto maternas como pediátricas, re-intervenciones quirúrgicas u operaciones de cesáreas primarias.
- Auditorías de Caso incluirá todos aquellos casos de Mortalidad materno perinatal, reingresos por el mismo diagnóstico, eventos adversos en anestesiología: complicaciones anestésicas, eventos adversos en cirugía: complicaciones post operatorias, eventos

centinela, y en casos de un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o familiares. Así mismo, los casos que la dirección u otras autoridades lo consideren necesario.

- Auditoría en salud se auditará el proceso de atención, el grado de adherencia a las Guías prácticas clínica, en algunos casos particulares por la atención de obstetrix, enfermería u otros se realizarán en las áreas de atención ambulatoria, hospitalización y emergencia dependientes de los departamentos de Pediatría, Gineco -Obstetricia, emergencia. Ejemplo de casos a auditar: tiempo de espera prolongada, Estancias prolongadas hospitalarias, evaluación de complicaciones obstétricas, Evaluación de cumplimiento de las FON, Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida, Evaluación de cumplimiento de controles por etapas de vida, Evaluación de cumplimiento de actividades Preventivo promocionales como las inmunizaciones.

## **IX. COMITÉS DE AUDITORIA**

### **COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA**

Médico María Jesús Ramírez Valladares..... Presidenta

Médico Luz María Mercedes Obando Porras..... Secretaria

Médico OSCAR Guillermo Arana Coaila..... Vocal

Jhonny Iván Ramírez Cárdenas..... Integrante

Luz América Rosas Vargas.....Integrante

### **COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD**

Médico Manuel Alberto Zaña Asunción..... Presidente

Lic. Rocio Cecilia Herrera Málaga..... Secretaria

Lic. Lizet Osco Valenza..... Vocal

Médico Mery Yanet Aranda Alberto..... Integrante

Médico Augusto César Amorós Cortés..... Integrante

Médico Hugo Oblitas Baldárrago..... Integrante

Q. F. Cecilia Collantes Sandoval..... Integrante

“Si la necesidad lo demanda por sobrecarga de trabajo de los comités de auditoría, se podrá conformar los Comités adscritos de cada departamento”.

## **X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**



PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2017

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	I. CRONOGRAMA 2017											INDICADOR	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 del plan de auditoría	Plan elaborado	1	1												Plan aprobado	Oficina de Calidad/Comités de auditoría	
		Difusión del Plan de Auditoría	Documentos de difusión/actas	1		1												Documentos de difusión/actas	Oficina de Gestión de la calidad
		Auditorías de caso	Informe	A demanda	A DEMANDA (SE REALIZARAN TODAS LAS QUE SE PRESENTEN)											% de auditorías de caso ejecutadas	Comité de Auditoría médica y/o Salud		
		Socialización de los resultados de las auditorías de caso	Acta	A demanda	A DEMANDA (SE SOCIALIZARAN TODAS LAS QUE SE EJECUTEN)											% auditorías de caso socializadas	Comités de Auditorías		
		Seguimiento de las recomendaciones de las auditorías de caso del 2016	Informe	2			1				1							% de recomendaciones implementadas	Oficina de Gestión de la calidad
		Auditorías Médicas	Informe	3		1				1				1				% de auditorías ejecutadas	Comité de Auditoría Médica
		Socialización de los resultados de las auditorías Médicas	Acta	3			1					1				1		% auditorías de caso socializadas	Comité de Auditoría médica/OGC
		Auditorías en salud	Informe	5		1		1			1		1			1		% de auditorías ejecutadas	Comité de Auditoría en Salud
		Socialización de los resultados de las auditorías Salud	Acta				1		1			1		1			1	% auditorías de caso socializadas	Comité de Auditoría en Salud/OGC
		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 en salud a integrantes de comités y jefes de UPS	Informe	2				1						1			% de personas capacitados en auditoría de CAS	Oficina de Calidad/Oficina de Personal
	Monitoreo y evaluación del plan de auditoría	Informe	4				1				1		1		1	% de Reuniones realizadas	Oficina de Gestión de la calidad		

