



## RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 23 MAR 2020

**Vistos:** El Expediente N° 01153-2020, con la Nota Informativa N°011-OGC-HNSEB-2020 de la Oficina de Gestión de la Calidad; el Informe N° 004-2020-EP/OEPE-HSEB y la Nota Informativa N° 013-2020-OEPE-HSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, sobre aprobación del "Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales" - 2020;

### CONSIDERANDO:



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la calidad en Salud, orientada a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la Seguridad del Paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;



Que, con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES.V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, el mismo que tiene por finalidad Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante Nota Informativa N°011-OGC-HNSEB-2020, la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha elaborado el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud en el HNSEB - 2020, en el marco de la Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que tenga un impacto en los resultados sanitarios;



Que, mediante Nota Informativa N°013-2020-OEPE-HSEB, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, señala que, mediante Informe N°004-2020-EP/OEPE-HSEB, el Jefe de Equipo de Planificación que revisado el Plan, emite opinión favorable, dado que cumple con las disposiciones relacionadas a la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, y recomienda la aprobación via acto resolutivo;

Que con el propósito de continuar el desarrollo de las actividades y procesos técnicos institucionales, y alcanzar los objetivos y metas como entidad hospitalaria, resulta pertinente atender la propuesta



presentada y en consecuencia emitir el acto resolutorio que apruebe el “Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales” – 2020;

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital “Sergio E. Bernales” aprobado mediante RM. N°795-2003-SA-DM, modificado por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N°343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y, con la visación del Director Adjunto, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

## SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR** el “Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales” – 2020, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- Encargar** a la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, implementar, monitorear y difundir los resultados del Plan aprobado en el Artículo precedente y tomar las acciones respectivas para mejora de los servicios a nivel de los estamentos; Comité Institucional de Auditoria Médica, Comité de Auditoria de Gestión Clínica, Jefaturas de Departamentos y Servicios de las Unidades Productoras de Servicio.

**Artículo 3°.- Disponer** que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

**Regístrese y Comuníquese.**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
Reg JULIO ANTONIO SILVA RAMOS  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.F. 19373

JASR / JMNC/ VMRR /JLZB/

### DISTRIBUCIÓN:

- \* Dirección General.
- \* OEPE.
- \* OAJ.
- \* OCI
- \* OGC
- \* OC.
- \* Archivo.



# PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES



HNSEB  
16/01/2020

**Dr. Julio Silva Ramos**

DIRECTOR GENERAL DEL HNSEB

**Dr. Juan Nina Caceres**

SUB DIRECTOR GENERAL

**Dra. Eida Fanny Valdiviezo Campos**

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD**

Bach. Enf. Verónica J. Carbajal Gómez

**Secretaria**

Sra. Marisol Melgar Galiano



**Contenido**

INTRODUCCIÓN .....	3
I. FINALIDAD .....	4
II. OBJETIVOS .....	4
III. BASE LEGAL .....	5
IV. AMBITO DE APLICACIÓN .....	6
V. DEFINICIONES OPERATIVAS .....	6
VI. FUNCIONES DE COMITES DE AUDITORIA DEL H N S E. B	10
VII. ESTRATEGIAS .....	14
VIII. INDICADORES .....	14
X. RESPONSABILIDAD .....	15
XI. ANEXOS .....	15



## **INTRODUCCIÓN**

Las actividades de auditoría médica se desarrollan desde hace más de una década en el Perú, esto hace que se mejore la manera en que se está brindando la oferta y fortalecer la función gerencial de control interno institucional a fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicio. Para tal fin, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y su Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud publican la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobada con RM N° 502-2016/MINSA- DIGEPRES, con la cual se aprueba la NT N°029-MINSA/DGSP – V-0.2 de fecha 15 de Julio del 2016, para ser aplicado a nivel nacional, en las entidades públicas y privadas del sector salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad en el Perú tiene como uno de sus componentes la Garantía y Mejoramiento, que encuentra como una de sus herramientas la AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD de Historias Clínicas de pacientes, con el objetivo de evaluar que durante su permanencia en los establecimientos de salud hayan recibido una atención oportuna y adecuada, siguiendo estándares definidos tanto en su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Todo ello debe definirse en un registro completo y manejo estandarizado mediante la aplicación de Guías de Práctica Clínica, buscando encausar el manejo clínico dentro de un marco ético - legal.

Para el presente año 2020, el Hospital Sergio E. Bernales, continuará con el fortalecimiento y asumiendo el compromiso de consolidar este proceso, generando nuevas competencias en el personal de salud, estableciendo directivas que permitan que dicho proceso sea continuo, y asimismo establecer el compromiso de todo el personal para la mejora continua, y con ello mejorar la atención brindada a nuestros usuarios.



**I. FINALIDAD**

Mejorar la calidad de la atención médica dentro de nuestra institución, mejorando la práctica médica e incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud a la mejora de los registros durante los procesos de atención que se brindan en el HNSEB.

**II. OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL**

Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud comprometiendo al personal asistencial de los diferentes departamentos al desarrollo de Auditorías de Gestión Clínica, instrumento fundamental para mejorar la Calidad de la Atención brindada a los pacientes en el HSEB.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1. Actualizar y Fortalecer los Comités de Auditoría y al personal médico de los diferentes departamentos Asistenciales: Medicina, Cirugía, Pediatría, Gineco - Obstetricia, Emergencia, Anestesiología y Consultorios Externos, a través de curso de capacitación.**
  - 1.1 El Comité de Auditoría Institucional realizara 1 taller de Socialización de la Norma técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud; Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica.
- 2. Organizar, ejecutar, evaluar y supervisar la ejecución de las auditorias contenidas en el plan.**
  - 2.1 El Comité de Auditoría Institucional realizara reuniones de coordinación con los Comités de Auditoría de los Departamentos y servicios.
- 3. Realizar Auditoría de Calidad de Registro de la Historia Clínica de todos los departamentos.**



- 3.1 Programar el N° de auditorías de registro que elaborara cada Departamento y/o Servicio (ver anexo).
4. **Realizar las Auditorías de caso a las historias clínicas que corresponda.**
- 4.1 El Comité de Auditoría Institucional elaborara N° de Auditorias de Caso programadas ver anexo.
5. **Verificar la calidad y contenido del reporte/ informe de auditoría en especial lo referido a conclusiones y recomendaciones.**
- 5.1 El Personal encargado del área de auditoría médica de la Oficina de Gestión de la Calidad revisa, la calidad de los informes solicitados.
6. **Realizar el seguimiento e implementación de las recomendaciones de los Informes de Auditorias de Caso en los Departamentos y Servicios.**
- 6.1 El Comité de Auditoría Institucional realizara supervisiones a los departamentos involucrados.

### III. BASE LEGAL

- Ley N° 26642 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de salud.
- Resolución Ministerial N° 616-2003-SA/DM.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo”
- Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM. Sistema de Gestión de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA con la cual se aprueba la NT N°029-MINSA/DIGEPRES – V.02 “Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.



- R.M N° 214-2018/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica NT 139-MINSA/2018/DGAIN.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA. “Manual para la Mejora continua de la Calidad”.
- Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA con la cual se aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP V.01.2007-2009. Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- R.M N° 889-2007/MINSA con la cual se aprueba la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP V01. Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud.

#### **IV. AMBITO DE APLICACIÓN**

El Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2019, es de aplicación en todos los departamentos y servicios de atención clínica del Hospital Sergio E. Bernales.

#### **V. DEFINICIONES OPERATIVAS**

##### **a) Conceptos Básicos**

- 1. 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 en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
  - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud 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;
  - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
  - La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- 2. AUDITORÍA INTERNA.-**Tipo de Auditoria realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.



3. **AUDITORIA EXTERNA.**- Tipo de Auditoria realizada por el Comité de Auditoria del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.
4. **AUDITORÍA MÉDICA.**- Tipo de Auditoria 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 objetivo de evaluar la 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.
5. **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 a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
6. **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 incluidos en el Plan Anual.
7. **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.
8. **AUDITORÍA REGULAR / ORDINARIA.**- Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.
9. **AUDITORÍA DIRIMENTE.**-Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el



antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.

10. **AUDITORÍA DE GESTIÓN CLÍNICA.**- Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.
11. **ACCIÓN CORRECTIVA.**- Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada
12. **ACCIÓN PREVENTIVA.**- Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
13. **ACTO MÉDICO.**- Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
14. **CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**- Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
15. **CAUSA.**- Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Sólo se podrá incluir en la redacción de los Hallazgos en una Auditoría de Caso, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento.



16. **CONCLUSIÓN.**- Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
17. **CONDICIÓN.**- Descripción del hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.
18. **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**- Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4° y 40° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Asimismo, tener en consideración que las disposiciones legales vigentes reconocen también el Asentimiento Informado, que es la aceptación de los menores a ser sujetos del acto médico, procedimiento o intervención, con información proporcionada a ellos según su nivel de comprensión, y a sus padres o representantes legales.

19. **CRITERIO.**- Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.
20. **EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO.**- Verificación seriada o muestra! de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.
21. **ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**- Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, actividades de prevención, promoción,



recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

**22. EVENTO ADVERSO:** Una lesión o resultado indeseado, o 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.

**23. 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 cambio 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.

## VI. FUNCIONES DE COMITES DE AUDITORIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

### 6.1 PRESIDENTE DEL COMITÉ DE AUDITORIA

- Presidir el comité.
- Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias a fin de cumplir con los plazos de las auditorias.
- Asegurar que las Auditorias de la Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo en lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud.
- Garantizar que los informes y el informe final cumplan con los requisitos de calidad de la auditoria descritos en la presente norma.
- Presentar el informe final de la auditoria de la calidad al responsable de la oficina de gestión de la calidad, quien a su vez lo elevara a la dirección del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo para que disponga la implementación de las recomendaciones.

### 6.2 SECRETARIO DE ACTAS

- Mantener actualizado los registros y archivos de las auditorias de la calidad de la atención en salud realizadas.
- Tener a su cargo la custodia y el registro del libro de actas del comité.
- Velar por la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas y de la documentación que se generó durante las auditorias de la calidad de la atención en salud.
- Velar por la organización, codificación y custodia de los papeles de trabajo que se deberán en las auditorias.
- Otras que el/la presidente del comité de auditoría le asigne.



**6.3 VOCAL. Es responsable de:**

- Contribuir a asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las auditorias de calidad.
- Otras que el presidente del comité le asigne.

**6.4 COORDINADOR DEL EQUIPO DE TRABAJO**

- En el caso de los equipos de auditoria adscritos a cada comité corresponden las mismas funciones del secretario de Actas y del vocal señalado en los párrafos anteriores. El coordinador del equipo tendrá las mismas funciones que el presidente de los comités, excepto que presentara el informe final al presidente del comité al que está adscrito el equipo.

**6.5 EQUIPO AUDITOR**

- Auditan procesos, funciones, documentos.
- Registran hallazgos.

**6.6 COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA** está constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorias Médicas contenidas en el plan anual de auditoria en coordinación con la Oficina de gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente. El comité de Auditoria Medica no depende de ningún departamento o servicio asistencial.

<b>INTEGRANTES</b>	<b>DPTO. SERVICIO</b>
MC. Efraín Roberto, ORMACHEA FREYRE	Departamento de Cirugía
MC. José Manuel, VILCHEZ REQUEJO	Departamento de Gineco Obstetricia
MC. Marco Antonio, GARAY RECOBA	Departamento de Anestesiología
MC. Dina Clarisa, BEDOYA ALVAREZ	Departamento de Medicina
MC. José Alberto, CARRION ROMAN	Departamento de Emergencia
MC. Yessica Iris SALAZAR QUIROZ	Departamento de Pediatría/Neonatología
MC. Pedro Segundo AGUIRRE MATA	Departamento de Gineco Obstetricia



**6.7 COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD** está constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorias en Salud contenidas en el plan anual de auditoria, en coordinación con la Oficina de gestión de la calidad del Establecimiento o su equivalente. No depende de ningún departamento o servicio asistencial.

INTEGRANTES	DPTO. SERVICIO
MC. Carlos Guillermo ESPINO VEGA	Departamento de Cirugía
MC. Jorge Artemio, HUAITALLA HUAMAN	Departamento de Anestesiología
MC. Delia del Pilar, LAYMITO CHUMBIMUNI	Departamento de Medicina
MC. Carlos C., RAMOS URIBE	Departamento de Cirugía
MC. Rafael Arturo, KCOMT PAREJA	Departamento de Emergencia
MC. Silvia, MARIN CHOQUE	Departamento de Pediatría
LIC. Patricia, HURTADO ZAMORA	Departamento de Enfermería
LIC. Carmen Rosa, ACUÑA MELENDEZ	Departamento de Enfermería
Dra. .Obst. Eida Fanny , VALDIVIEZO CAMPOS	Oficina de Gestión de la Calidad

**6.8 COMITÉ DE AUDITORIA DE GESTION CLINICA** está constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud, quienes son los encargados de realizar la evaluación de la calidad de los registros asistenciales, a través del cual se analiza el cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.



INTEGRANTES	DPTO. SERVICIO
M.C. José Carrión Román	Departamento de Emergencia
M.C. Quiroz Bazán Aurelio	Departamento de Emergencia
Lic. Roció Gonzales Suarez	Departamento de Emergencia

Lic. Nolva Pinado Mendoza	Departamento de Emergencia
Lic. Milagros Morón Tataje	Departamento de Emergencia
M.C. Gilmar Hurtado Guerrero	Departamento de Cirugía
M.C. Cesar Augusto Baltazar Mateo	Departamento de Cirugía
M.C. José Darío Márquez Altuna	Departamento de Cirugía
M.C. Pedro Segundo Aguirre Mata	Departamento de Gineco Obstetricia
M.C. José Vilchez Requejo	Departamento de Gineco Obstetricia
M.C. Miguel Cerna Cornelio	Departamento de Gineco Obstetricia
M.C. Nicanor Antonio Del Carpio Melgarejo	Departamento de Medicina
M.C. María Esther Canga Guzmán	Departamento de Medicina
M.C. Epifanio Sánchez Garavito	Departamento de Medicina
M.C. Erik Raul Rauch Sanchez	Departamento de Medicina
M.C. Jesús Antonio Del Rio Mendoza	Departamento de Medicina
M.C. Jesús Ángel Manrique Gálvez	Departamento de Medicina
M.C. Juan Izaguirre Medina	Departamento de Medicina
M.C. Dina Clarisa Bedoya Álvarez	Departamento de Medicina
M.C. Alicia Etelvina Bocanegra Tapia	Departamento de Medicina
M.P. Roger Ademir Ildfonso Huanca	Departamento de Pediatría
M.P. Luz Zegarra Espinoza	Departamento de Pediatría
M.P. Josué Vilela Jiménez	Departamento de Pediatría
M.C. Jorge Artemio Huaitalla Huamán.	Departamento de Anestesiología
M.C. Marco Garay Recoba	Departamento de Anestesiología
M.C. Marilyn Kim Pomez Del Solar	Departamento de Diagnostico Por Imágenes
M.C. Nora Albino Corales	Departamento de Diagnóstico Por Imágenes
M.C. Carlos Arana Moyano	Departamento de Diagnóstico Por Imágenes
Mg. Miryam Leiva López	Departamento de Diagnóstico Por Imágenes
Dra. Karina Reyes Reyes de Correa	Departamento de Odontología
Dr. William Fajardo Zavala	Departamento de Odontología



## VII. ESTRATEGIAS

1. Durante el periodo 2020 se realizaran actividades de Auditoria en Salud y Auditoria Medica dirigidas al personal encargado de las tareas encomendadas.
2. Sensibilizar e involucrar a los Jefes de Departamento y/o Servicios sobre la importancia de la implementación de las auditorías como herramienta para mejorar la Calidad de Atención.
3. Socializar la Norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en los departamentos médico asistenciales del hospital.
4. Socializar los resultados de auditoría con los Jefes de Departamento y/o Servicio, miembros de los Comités, personal médico – asistencial del Hospital.
5. Incorporar las actividades de auditoría como parte de la labor asistencial a nivel de los Comités de Auditoria del Hospital.

## VIII. INDICADORES

- Plan aprobado con Resolución Directoral
- % de Auditorias de caso con informe final
- % de auditoria de gestión clínica según el plan.
- % de auditorías de guías de práctica clínica implementada según el plan.
- % de auditorías de muerte materna con informe final.
- % de auditorías de muerte neonatal con informe final.
- % de auditorías de muerte ocurrida por enfermedades transmisibles en hospitalización según el plan.
- % de miembros de auditoria capacitados.
- % de recomendaciones implementadas según el informe de las auditorias de caso.

Nº Total de auditoría de Gestión Clínica realizado en el departamento

Nº Total de auditorías de Gestión Clínica programadas por trimestre

## PRESUPUESTO

Presupuesto:

- 1.1 Las actividades programadas en el presente plan, se realizan como parte de las actividades cotidianas del personal de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Sergio E Bernales, y de los Miembros de los Comités en mención; no



habiendo requerimiento de presupuesto adicional. Ya que el presupuesto para el desarrollo de las actividades de manera específica deberá ser incluido en la programación de cada área respectiva según responsabilidad como se detalla en la matriz de criterios de programación.

**2. Recursos Humanos**

2.1. Equipo de gestión

2.2. Integrantes de Comités de Auditoria Medica, Salud, Gestión Clínica

2.3. Jefe de departamentos y servicios asistenciales

2.4. Trabajadores de los servicios asistenciales

2.5. Personal profesional de la OGC

**X. RESPONSABILIDAD**

El presente Plan es de cumplimiento por el Comité Institucional de Auditoria Medica (CAM), Comité de Auditoria en Salud (CAS), Comité de Auditoria de Gestión Clínica, Jefatura de los Departamentos y Servicios, del Hospital Sergio E. Bernales.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de supervisar y monitorear el cumplimiento del plan.

**XI. ANEXOS**

- Matriz de Actividades



**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**

**2020**

**HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL HSEB-2020**

Actividad	Meta	Unidad de Medida	Periodicidad del reporte	PROGRAMACION - 2020														
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			
1-Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del HSEB-2020	1	Documento/ Resolución Directoral		1														
Desarrollar el proceso de auditorías a las guías implementadas en el servicio de Cirugía	60	Documento	Mensual		5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	6	5	5
Desarrollar el proceso de auditorías a las guías implementadas en el servicio de Medicina	60	Documento	Mensual		5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	6	5	5
Desarrollar el proceso de auditorías a las guías implementadas en el servicio de Pediatría	60	Documento	Mensual		5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	6	5	5
Desarrollar el proceso de auditorías a las guías implementadas en el servicio de Gineco Obstetricia	60	Documento	Mensual		5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	6	5	5
Desarrollar el proceso de auditorías a las guías implementadas en el servicio de Emergencia	60	Documento	Mensual		5	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	6	5	5
Asistencia Técnica en la Elaboración de Guías de Práctica Clínica	12	Documento	Trimestral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Revisión y evaluación de Guías de Práctica Clínica	4	Documento	Trimestral			1				1								1



**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES** | **2020**

Actividad	Meta	Unidad de Medida	Periodicidad del reporte	PROGRAMACION - 2020												
				Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	
Adherencia de Guías de Practica Clínica y Procedimientos según formato establecido en Pediatría.	60	Documento	Trimestral		5	6	5	6	6	5	5	6	6	5	5	
Adherencia de Guías de Practica Clínica y Procedimientos según formato establecido Emergencia.	60	Documento	Trimestral		5	6	5	6	6	5	5	6	6	5	5	
Adherencia de Guías de Practica Clínica y Procedimientos según formato establecido en Gineco Obstetricia.	60	Documento	Trimestral		5	6	5	6	6	5	5	6	6	5	5	
Asistencia Técnica en la Elaboración de Guías Técnicas de Procedimientos.	12	Documento	Mensual	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Asistencia Técnica en la elaboración de manuales y directivas de los departamentos y servicios.	4	Documento	Trimestral			1				1			1			1

