

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 110 -2016-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 22 de Marzo de 2016

Visto; La Nota Informativa N° 082-OGC-HVLH-2016, emitida por el Jefe de la Oficina de gestión de la Calidad y la Nota Informativa N° 043-OEPE-HVLH-2016, mediante la cual la oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, remite el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud - 2016;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 29889, se modifica el artículo 11 de la Ley 26842, señalándose que toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación;

Que mediante Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 029-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Gestión en Salud", cuyo objetivo es establecer los principios, normas, metodologías y de realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los Servicios de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA, se aprobó el documento técnico "Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", con la finalidad de mejorar la calidad de atención en salud incidiendo en el desempeño de los profesionales de la salud que brindan atención en los establecimientos del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud", cuyo fin es contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en la prestación de la atención en los establecimiento del Sector Salud;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, encontrándose entre ellos, el inciso d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante Nota Informativa N° 082-OGC-HVLH-2016, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera y solicita su aprobación, el mismo que ha sido debidamente visado por la Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la referida Institución;

Que, en atención a los documentos del Visto y por convenir a los intereses funcionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar la aprobación mediante acto de administración del Plan de Auditoría en Salud 2016 del Hospital Víctor Larco Herrera;





Con el visto bueno de la Dirección Adjunta, de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Oficina de gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera";y,



De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA

SE RESUELVE:



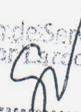
Artículo 1°.- Aprobar el documento denominado "PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD - 2016" del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que contiene quince (15) folios debidamente visados, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad su implementación y cumplimiento.

Artículo 3°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".



Regístrese y comuníquese

Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Gisella Vargas Cajahuanda
Directora General
CMI9-2433A RNE 14213

GEVC/LAVS/AEChY/CASV/MYRV/
c.c. Oficina de Asesoría Jurídica



P
ERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

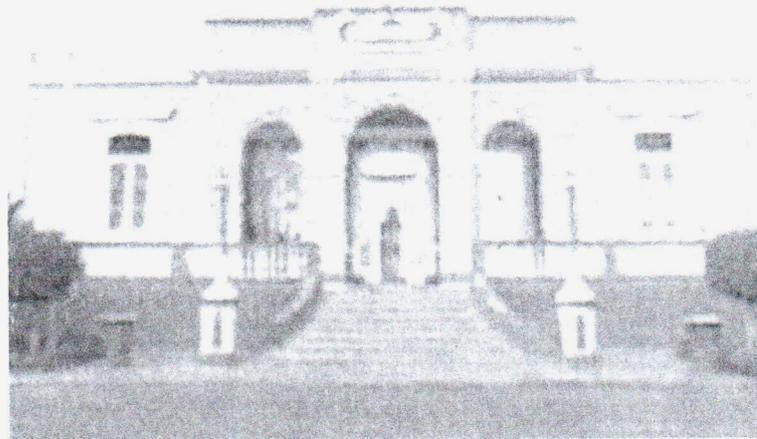
HOSPITAL VICTOR
LARCO HERRERA

"Año de la consolidación del Mar
de Grau"

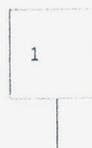
PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN
EN SALUD



2016





P
ERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA

"Año de la consolidación del Mar
de Grau"

ELABORADO POR:

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila
Responsable de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud de la Oficina de Gestión de la
Calidad

COLABORADORES:

Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:

- Méd. Carlos Alexis Salgado Valenzuela Jefe
- Méd. Jorge José Jacinto Heredia Vocal
- Méd. Prysca Magdalena Cersso Gómez Vocal
- Méd. Carlos Eduardo Palacios Valdiviezo Vocal
- Méd. Luis Eduardo Ruiz Díaz Vocal
- Méd. Antonio Joaquín Nuñez Mendoza Vocal
- Méd. Rosa Elena Chambi Suarez Vocal
- Lic. T. S. Herlinda Rúa Linares Vocal
- Lic. Enf. Carmen Olga Malpica Chihua Vocal
- Lic. Psi. Rossana Mercedes Horna Mimbela Vocal

REVISADO POR:

Méd. Psiq. Gisela Vargas Cajahuanca
Directora General del Hospital Víctor Larco Herrera

MC. Ana Erika Chinen Yara
Directora de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Méd. Psiq. Carlos Alexis Salgado Valenzuela
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





P
ERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VICTOR
LARCO HERRERA

"Año de la consolidación del Mar
de Grau"

INDICE

I	INTRODUCCION	4-5
II	FINALIDAD	5
III	OBJETIVO	5
	OBJETIVO GENERAL	5
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
IV	BASE LEGAL	5-6
V	AMBITO DE APLICACIÓN	6
VI	CONTENIDO	
	6.1 DEFINIICIONES OPERATIVAS	6-8
	6.2 ACTIVIDADES	8-9
VII	RESPONSABILIDADES	10
VIII	ANEXOS	
	ANEXO N° 01: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	11-12
	ANEXO N° 02: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	13-14
IX	BIBLIOGRAFÍA	15





I. INTRODUCCION

La historia de la auditoría médica se remonta al año 1910, cuando aparece el informe Flexner (Abraham Flexner, Louisville, Kentucky EEUU, eminente educador que dedicó la mayor parte de su labor pedagógica al perfeccionamiento de la educación médica norteamericana y sus trabajos han tenido influencia prácticamente universal sobre la enseñanza de la medicina.), respecto a la enseñanza de la Medicina en las diferentes universidades en USA, criticando severamente el sistema existente, y que concluyó en la no-acreditación de 47 facultades de Medicina.

En el año 1917 el Colegio Americano de Cirujanos dicta las Normas para la acreditación hospitalaria. En 1950, se realiza un estudio piloto en 15 hospitales, institucionalizándose el procedimiento de la Auditoría de Calidad de Atención, venciendo el temor y la suspicacia de considerar a la auditoría como un instrumento de control y punición, sino más bien una autoevaluación crítica, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de nuestras actividades, naciendo así la Auditoría Médica, ya el año 1980 es un procedimiento implantado en casi todos los hospitales americanos.

En el Perú las actividades de auditoría médica se desarrollan desde hace más de una década, haciendo que se mejore la manera en que se está brindando la oferta y fortaleciendo la función gerencial de control interno de las instituciones con fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicio.

Así el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y su Dirección Ejecutiva de la Calidad en Salud publican la Norma Técnica N° 029 –MINS/DGSP-V-01: "Norma Técnica de Auditoría de Calidad de Atención de Salud", con fecha de 23 de Junio del 2005 para ser aplicado a nivel nacional en las entidades públicas y privados del sector público conceptualizando la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud como " 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".

Para mejorar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes, se debe responder a las siguientes preguntas: ¿Qué atención brindamos, ¿Hicimos lo que proyectamos hacer?, ¿Qué deberíamos haber hecho?, ¿Hacemos lo que debemos hacer?, ¿Podemos mejorar lo que hacemos? , para que las atenciones del Hospital Víctor Larco Herrera cumplan con los estándares de calidad, cumpliendo así nuestra Misión Institucional: **"BRINDAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE LA MEJOR CALIDAD, DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL LA POBLACIÓN EN GENERAL"**

Este documento ha sido elaborado siguiendo los lineamientos de la Oficina de Gestión de Calidad y Derecho de las Personas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, que





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR
LARCO HERRERA

"Año de la consolidación del Mar
de Grau"

determinó los criterios de trabajo del 2016 mediante EJES DE TRABAJO (6 ejes); donde en relación a Auditoría Médica tenemos el:

EJE DE TRABAJO 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, con sus Objetivos Estratégicos:

4.3. Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad, teniendo como indicador: "Adherencia a Guías de Práctica Clínica".

4.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso) teniendo como indicador: Auditorías de la Calidad de Atención realizadas.

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital "Víctor Larco Herrera" para el año 2016, aplicando normativas vigentes del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) y del Ministerio de Salud.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el proceso de "Auditoría Médica de Calidad de Atención en Salud" ,como una herramienta de garantía y mejora de la calidad, evaluando procesos asistenciales y administrativos orientados hacia el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud del Hospital Víctor Larco Herrera.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo Específico 1: Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad.

Objetivo Específico 2: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" .
2. Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
3. Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" .
4. Ley No 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública".
5. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública" .
6. Decreto Supremo N° 007-2016-SA, "Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud .





7. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
8. Resolución Ministerial N° 597/2006 – MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 022 – Minsa/DGSP-V02 - Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
9. Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, que aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera
10. Resolución Ministerial N° 474 -2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029 – MINSA /DGSP - V 01 - "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
11. Resolución Ministerial N° 519 - 2005/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
12. Resolución Ministerial N° 889 - 2007/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 123 – MINSA/DGSP V.01 – Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud.
13. Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA – Documento Técnico "Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Norma Técnica N° 029 – MINSA/DGSP – V.01, 2007 – 2009".
14. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad.
15. Resolución Directoral N°065-2016-DG-HVLH que aprueba la conformación del Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital "Víctor Larco Herrera"

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud es de aplicación en las diferentes áreas y/o servicios asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera.

VI. CONTENIDO

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

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.

Auditoría de la Calidad de la 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.

Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial.- Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.





Auditoría de Oficio.- Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos como:

- Fallecidos con problema diagnóstico o sin diagnóstico definitivo.
- Reoperados.
- Hospitalizaciones prolongadas.
- Tasas de infecciones intrahospitalarias/ de mortalidad materna- perinatal.
- Reingresos.
- Complicaciones anestésicas.
- Complicaciones quirúrgicas.
- Costos.
- Tiempos de espera.
- Quejas/ Reclamos.
- Otros procesos y procedimientos que se consideren pertinentes.

Auditoría Interna.- Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.

Auditoría Externa.- La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.

Auditoría en Salud.- Es 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 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.

Causa.- Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.

Conclusión.- Juicios de carácter profesional basados en los hechos resultantes de la evaluación realizada.

Condición.- Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.

Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.- Equipo encargado de llevar a cabo las auditorías y está integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.

Criterio.- Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.





Coordinador de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.- Profesional de la salud, médico, en caso de no existir personal de otras profesiones afines, responsable de la planificación, organización, ejecución, supervisión, evaluación y monitoreo del trabajo de auditoría de la calidad de atención en salud de la organización, y que forma parte del equipo de la Oficina de Calidad.

Efecto.- Consecuencia real o potencial, cuantitativo o cualitativo, que ocasiona el evento hallado.

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.

Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.- Profesional de la Salud, médico o en caso de no existir, personal de otras profesiones afines, responsable principal del Comité de Auditoría.

Observación.- Referida a hechos o circunstancias significativos identificados durante la auditoría y que pueden motivar oportunidades de mejora.

Papeles de Trabajo.- Registran el planeamiento, naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría aplicados por el auditor; los resultados y conclusiones extraídas de la evidencia obtenida. Se utilizan para controlar el progreso del trabajo y proveer evidencia del trabajo realizado para respaldar la opinión del auditor.

Recomendaciones.- Constituyen las propuestas o sugerencias, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones que han sido evaluadas en relación a las prestaciones asistenciales.

Reporte de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.- Es el documento en el cual se comunican al Director del Establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud.

6.2 ACTIVIDADES

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad.

- **Actividad 1.1.** Socialización a los servicios asistenciales de la normativa vigente para la elaboración de Guías de Práctica Clínica

Realización de consolidado de Guías de Práctica Clínica por servicios y/o Departamento

- **Actividad 1.2.** Validación y monitoreo de la adherencia de Guías y/o Protocolos de atención aprobadas de las patologías más frecuentes por servicio.





- **Actividad 1.3.** Informe Semestral de la Elaboración y adherencia de Guías de Práctica Clínica.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)

- **Actividad 2.1.** Reconfigurar al Comité de Auditoría Médica del Hospital Víctor Larco Herrera.
- **Actividad 2.2.** Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- **Actividad 2.3.** Capacitación al Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- **Actividad 2.4** Capacitación dirigido a las jefaturas de Departamento y/o Servicios , con el tema "Gestión de Riesgos Asistenciales en Salud y Mejora Continua"
- **Actividad 2.5** Capacitación dirigido a las Jefaturas de Departamento y/o Servicios, con el tema: "EL PROCESO DE LA AUDITORÍA – TIPOS DE AUDITORÍA"
- **Actividad 2.6** Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Emergencia (con el Jefe de Departamento)
- **Actividad 2.7** Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Consulta Externa niños y adolescentes (con el jefe de Departamento).
- **Actividad 2.8** Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Consulta Externa adultos (con el jefe de Departamento).
- **Actividad 2.9** Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Hospitalización (con el jefe de Departamento).
- **Actividad 2.10** Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Hospitalización (MAPRO)
- **Actividad 2.11** Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria (MAPRO)
- **Actividad 2.12** Realizar auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente (MAPRO)
- **Actividad 2.13** Realizar auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Emergencia (MAPRO)





- **Actividad 2.14** Seguimiento de las implementaciones de los reportes y/o informes de auditorías realizadas según plazo señalado (sociabilizar y monitorizar)
- **Actividad 2.15** Reunión con los médicos para retroalimentación de los resultados de las auditorías efectuadas.
- **Actividad 2.16** Informe Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

VII RESPONSABILIDADES

Responsabilidad Operativa:

- Coordinador (ora) de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- Comité de Auditoría de la Calidad de atención en Salud
- Jefatura de los Departamentos Asistenciales
(Anexo 1: Matriz de Programación Operativa)

La Oficina de Gestión de la Calidad es el responsable del proceso de seguimiento para el cumplimiento de las actividades que se haya formulado en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud -2016.

VIII ANEXOS





ANEXO N° 01							
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS							
PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" 2016							
ACTIVIDAD	META	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION				RESPONSABLE
			I T	II T	III T	IV T	
Objetivo Específico 1: Promover una cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad.							
Actividad 1.1. Recolección y consolidación las Guías de Practica Clínica oficializados con RD por Departamentos o Servicios	1	informe	X				Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 1.2. Validación y monitoreo de la Adherencia de Guías y/o Protocolos de atención aprobadas, de las patologías más frecuentes por Servicio.	1	Informe		X		X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 1.3. Informe Semestral de la Elaboración y Adherencia de Guías de Práctica Clínica.	2	Informe		X		X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Objetivo Específico 2: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)							
Actividad 2.1. Reconformar el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud del Hospital Víctor Larco Herrera.	1	R.D	X				OGC
Actividad 2.2. Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	1	Plan aprobado con R.D	X				Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.3. Capacitación al Comité de Auditoría de Calidad de Atención en Salud.	2	Informe	X		X		OGC
Actividad 2.4. Capacitación dirigido a las Jefaturas de Departamento y/o Servicios : tema "GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES EN SALUD Y MEJORA CONTINUA"	1	Informe		X			OGC
Actividad 2.5. Capacitación dirigida a las Jefaturas de Departamento y/o Servicios, con el tema: "EL PROCESO DE LA AUDITORÍA – TIPOS DE AUDITORÍA".	1	Informe			X		OGC
Actividad 2.6 Realizar el monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Emergencia (con el	1	Informe	X				Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en





Jefe de Departamento)							Salud/OGC/Jefe de Departamento
Actividad 2.7 Realizar monitoreo de registros de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Hospitalización (con el Jefe de Departamento).	1	Informe		X			Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC/ Jefe de Departamento
Actividad 2.8 Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria (con el Jefe de Departamento).	1	Informe			X		Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC/ Jefe de Departamento
Actividad 2.9 Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Consulta Externa Niños y Adolescentes (Con el Jefe de Departamento).	1	Informe				X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC/ Jefe de Departamento
Actividad 2.10 Realizar Auditoría de calidad de Proceso del Departamento de Hospitalización (MAPRO)	1	informe		X			Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.11 Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria (MAPRO)	1	informe			X		Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.12 Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente (MAPRO)	1	informe				X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.13 Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Emergencia (MAPRO)	1	informe				X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.14 Seguimiento de las implementaciones de los reportes y/o informes de Auditorías realizadas según plazo señalado (sociabilizar y monitorizar)	2	informe		X		X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.15 Reunión con los Jefes de Departamento y médicos a su cargo, para retroalimentación de los resultados de las Auditorías efectuadas.	2	informe		X		X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC
Actividad 2.16 Informe Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	4	informe	X	X	X	X	Comité de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud/OGC





ANEXO N° 02				
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS				
PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL “VÍCTOR LARCO HERRERA” 2015				
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
Objetivo General: Fortalecer el proceso de Auditoria médica de calidad de atención en salud como una herramienta de garantía y mejora de la calidad, evaluando procesos asistenciales y administrativos orientados hacia el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud del Hospital Víctor Larco Herrera				
ACTIVIDADES	MET A (anual)	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	OBSERVACIONES
Objetivo Específico 1: Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad				
Actividad 1.1. Recolección y consolidación las Guías de Práctica Clínica oficializados con RD por Departamentos o Servicios	1	informe		
Actividad 1.2. Validación y monitoreo de la adherencia de Guías y/o Protocolos de atención aprobadas, de las 05 patologías más frecuentes por servicio.	1	Informe		
Actividad 1.3. Informe Semestral de la Elaboración y adherencia de Guías de Práctica Clínica.	2	Informe		
Objetivo Específico 2: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)				
Actividad 2.1. Reconformar el Comité de Auditoría de la Calidad de Atención de Salud del Hospital Víctor Larco Herrera.	1	R.D		
Actividad 2.2. Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	1	Plan aprobado con R.D		
Actividad 2.3. Capacitación al Comité de Auditoría de Calidad de Atención en Salud.	2	Informe		
Actividad 2.4. Capacitación dirigido a las Jefaturas de Departamento y/o Servicios : tema "GESTIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES EN SALUD Y MEJORA CONTINUA"	1	Informe		
Actividad 2.5. Capacitación dirigida a las Jefaturas de Departamento y/o Servicios, con el tema: “EL PROCESO DE LA AUDITORÍA – TIPOS DE AUDITORÍA”.	1	Informe		
Actividad 2.6 Realizar el monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Emergencia (con el Jefe de Departamento)	1	Informe		





P
ERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VICTOR
LARCO HERRERA

"Año de la consolidación del Mar
de Grau"

Actividad 2.7 Realizar monitoreo de registros de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Hospitalización (con el Jefe de Departamento).	1	Informe		
Actividad 2.8 Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria (con el Jefe de Departamento).	1	Informe		
Actividad 2.9 Realizar monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Consulta Externa Niños y Adolescentes (Con el Jefe de Departamento).	1	Informe		
Actividad 2.10 Realizar Auditoría de calidad de Proceso del Departamento de Hospitalización (MAPRO)	1	informe		
Actividad 2.11 Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria (MAPRO)	1	informe		
Actividad 2.12 Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente (MAPRO)	1	informe		
Actividad 2.13 Realizar Auditoría de Calidad de Proceso del Departamento de Emergencia (MAPRO)	1	informe		
Actividad 2.14 Seguimiento de las implementaciones de los reportes y/o informes de Auditorías realizadas según plazo señalado (sociabilizar y monitorizar)	2	informe		
Actividad 2.15 Reunión con los Jefes de Departamento y médicos a su cargo, para retroalimentación de los resultados de las Auditorías efectuadas.	2	informe		
Actividad 2.16 Informe Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	4	informe		





P
ERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD

HOSPITAL VICTOR
LARCO HERRERA

"Año de la consolidación del Mar
de Grau"

IX BIBLIOGRAFÍA

1. www.minsa.gob.pe/DGSP
2. www.igss.gob.pe

