



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 053 -2022-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 11 de Abril de 2022

**Visto;** el expediente N° 2200005711, que contiene la Nota Informativa N° 050-2022-OGC-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

### CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsable del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "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° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según el nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.V2 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud; siendo su objetivo general, establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal;

Que, mediante documento del visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, hace llegar a la Dirección General el Plan de Auditoría - 2022 del Hospital Víctor Larco Herrera para su revisión, el mismo que tiene como objetivo, fortalecer el proceso de la 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;

Que, mediante Nota Informativa N° 031-2022-OEPE-HVLH/MINSA, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, señala que el Plan Anual de Auditoría - 2022, cumple



con la estructura indicada en el numeral 6.1 Estructura de los Documento Normativos, que corresponde a lo precisado en el numeral 6.1.4 Documento Técnico, señalado en las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con el visado del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Victor Larco Herrera"; y,

De conformidad con las atribuciones señaladas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Victor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA.

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el **DOCUMENTO TECNICO: "PLAN ANUAL DE AUDITORIA – 2022"** del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en dieciséis (16) paginas incluido dos (02) anexos, en documento adjunto, forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, la difusión, seguimiento, evaluación, ejecución, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, trimestralmente los avances del "Plan Anual de Auditoria-2022, del Hospital Víctor Larco Herrera, aprobado por la presente resolución.

**Artículo 3°.-** Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera ([www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe))

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital Victor Larco Herrera

.....  
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General  
C.M.P. 24232 / R.N.E. 10693

EMRC/CEPV/JDCFS/MYRV.

Distribución:

- Dirección Adjunta
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Archivo





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### PLAN ANUAL DE AUDITORÍA

Lima – Perú

2022



**ELABORADO POR:**

- Méd. Auditor. José Del Carmen Farro Sánchez.
- Presidente del Comité de Auditoría Médica y del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del HVLH
- 

**COLABORADORES:**

**COMITE DE AUDITORIA MEDICA DEL HVLH 2022.**

**Lista de integrantes**

▪ Med. José Del Carmen Farro Sánchez	Presidente	
▪ Med. Yvon Camacho Barreto	Coordinador	
▪ Med. Clara Huaman Aguado	Vocal	
▪ Med. José Carlos Bojórquez De La Torre		Vocal
▪ Med. Gisella Vargas Cajahuanca	Vocal	
▪ Med. Ana Maria Zamalloa Torres	Vocal	
▪ Med. Mirko Osnayo Karlovich	Vocal	
▪ Med. Christian Jesus Nole Diaz	Vocal	
▪ Med. Manuel Nuñez Castillo	Vocal	

**COMITE DE AUDITORIA EN SALUD DEL HVLH 2022.**

**Lista de integrantes**

▪ Med. José Del Carmen Farro Sánchez	Presidente	
▪ Med. Yvon Camacho Barreto	Coordinador	
▪ Med. Clara Huaman Aguado	Vocal	
▪ Med. José Carlos Bojórquez De La Torre		Vocal
▪ Med. Gisella Vargas Cajahuanca	Vocal	
▪ Med. Ana Maria Zamalloa Torres	Vocal	
▪ Med. Mirko Osnayo Karlovich	Vocal	
▪ Med. Christian Jesus Nole Diaz	Vocal	
▪ Med. Manuel Nuñez Castillo	Vocal	
▪ Lic. Ivan Lizarraga Ramos	Vocal	
▪ Lic. Carmen Malpica Chihua	Vocal	
▪ Lic. Elva Eda Aguirre Castillo	Vocal	

**REVISADO POR:**

Méd. Psiq. Elizabeth M. Rivera Chávez  
Directora General HVLH



**INDICE**

**INTRODUCCIÓN**

<b>I</b>	<b>FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TECNICA</b>	<b>5</b>
	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	
	<b>OBJETIVO ESPECIFICO</b>	
<b>II</b>	<b>AMBITO DE APLICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>III</b>	<b>BASE LEGAL</b>	<b>5</b>
<b>IV</b>	<b>DISPOSICIONES GENERALES</b>	<b>6</b>
<b>V</b>	<b>DISPOSICIONES ESPECIFICAS</b>	<b>8</b>
<b>VI</b>	<b>RESPONSABILIDADES</b>	<b>10</b>
<b>VII</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>11</b>
	<b>ANEXO N° 01: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS</b>	
	<b>ANEXO N° 02: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS.</b>	
<b>VIII</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>16</b>



## INTRODUCCIÓN

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 de 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 institución 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, derogada por la Norma técnica N° 029 –MINS/DIGEPRES-V-02, "Norma Técnica de auditoría de calidad de atención de salud", el 16 de julio del 2016, para ser aplicado a nivel nacional en las entidades públicas y privadas del sector salud 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"*.

Fundamental para mejorar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes, es que responde 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?

De esta forma las atenciones del HVLH cumplan con los estándares de calidad aceptados para el procedimiento y prácticas institucionales y/o profesionales, en función a nuestra Misión Institucional: **"BRINDAR SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE LA MEJOR CALIDAD, DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN EN GENERAL"**.

### I. FINALIDAD Y JUSTIFICACION TECNICA

Promover y contribuir a mejorar la calidad de atención en el Hospital "Víctor Larco Herrera" para el año 2022 aplicando normativas vigentes del Ministerio de Salud (MINSA).

#### 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

- Mejorar las competencias específicas entre los miembros del Comité de Auditoría Médica y del Comité de Auditoría en Salud del HVLH – 2022.
- Implementar el proceso de aprendizaje del error (Desarrollo de las Auditorías de Calidad en Salud)
- Promover buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente (Rondas de Seguridad)
- Monitorear la implementación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del HVLH-2022, pese a la emergencia sanitaria nacional.
- Socializar los resultados de la Auditoría de la calidad de la atención en salud con los usuarios (interno y externo) del sistema de salud.
- Articular el proceso de Auditoría en la elaboración de Proyectos de Mejora continua de la Calidad.

### II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Auditoría de calidad de atención en salud es de aplicación en todas las diferentes áreas y/o servicios asistenciales del Hospital Víctor Larco Herrera.

### III. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud" y sus modificatorias.
- Ley N°27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado"
- Decreto Supremo N° 007-2020-SA que aprueba el Reglamento de la ley N° 30947 Ley de salud mental.
- Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la "Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Jefatural N°393-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N°003-IGSS/V.01: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente"
- Resolución Ministerial NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN:, que aprueba "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"



- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, "Norma para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"

#### IV. DISPOSICIONES GENERALES

**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.
- Re operados.
- 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.

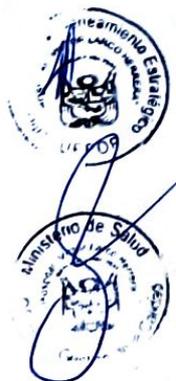
**Auditoría Externa.-** La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.

**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 auditor, 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 o comité 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 Auditor 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.

## V.- DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

Componentes de gestión: incluir planificación, entrenamiento, organización e implementación, sistema de información e indicadores, monitoreo y seguimiento.

**Actividad N° 01: Objetivo específico:** Implementar el proceso de aprendizaje del error (Desarrollo de Auditorías de calidad en salud)

- **Actividad 1.1.** Conformar el comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en salud del Hospital Víctor Larco Herrera – 2022.
- **Actividad 1.2.** Elaboración y aprobación del Plan anual de Auditoría médica y de la Calidad de Atención en Salud.
- **Actividad 1.3.** Capacitación al Comité de Auditoría en Salud y comité de Auditoría médica. (Presentación de resultados de las auditorías 2021)



- **Actividad 1.4** Capacitación dirigido a las jefaturas y servicios, con el tema: "AUDITORIAS DE CASO"
- **Actividad 1.5.** Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Emergencia (Coordinación con el jefe de Departamento)
- **Actividad 1.6.** Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Psiquiatría del niño y adolescente (Coordinación con el jefe de Departamento).
- **Actividad 1.7.** Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Hospitalización (Coordinación con el jefe de Departamento)
- **Actividad 1.8.** Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Consulta externa y salud mental comunitaria. (Coordinación con el jefe de Departamento)
- **Actividad 1.9.** Realizar Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica del Departamento de emergencia.
- **Actividad 1.10.** Realizar Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica en el Departamento de Hospitalización. (Coordinación con el jefe de Departamento)
- **Actividad 1.11.** Realizar Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica en el Departamento de Psiquiatría del niño y adolescente y el Dpto. Consulta externa y salud mental comunitaria. (Coordinación con el jefe de Departamento)
- **Actividad 1.12** Reunión con los médicos para la difusión y capacitación en Actualización de las GPC del HVLH.
- **Actividad 1.13** Seguimiento de las implementaciones de los reportes y/o informes de auditorías realizadas según plazo señalado (socializar y monitorizar)
- **Actividad 1.14** Informe Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.

**Actividad N° 02. Objetivo Específico:** Promover buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente (Rondas de Seguridad)

- **Actividad 2.1.** Recopilación y Consolidación de las Guías de Práctica Clínica oficializados con RD por Departamentos o servicios del HVLH.
- **Actividad 2.2.** Realizar Auditoría de calidad y pertinencia en el Departamento de Emergencia. (Rondas de seguridad del paciente)
- **Actividad 2.3** Realizar Auditoría de calidad y pertinencia del Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria. (Rondas de seguridad del paciente)
- **Actividad 2.4** Realizar Auditoría de calidad de pertinencia del Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente. (Rondas de seguridad del paciente)
- **Actividad 2.5** Realizar Auditoría de calidad y pertinencia del Departamento de Hospitalización, pabellones 1, 2, 4, 5, 8, 9, 12-13, 20, 18 (Rondas de seguridad del paciente)



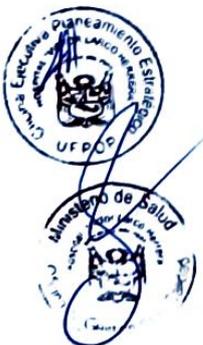
- **Actividad 2.6.** Realizar Auditoría de calidad y pertinencia en diferentes pabellones de pacientes hospitalizados crónicos. (Rondas de seguridad del paciente)

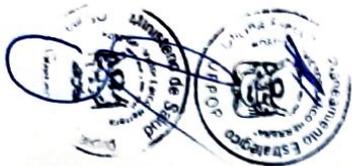
## VI. RESPONSABILIDADES

- Comité de Auditoría Médica
- Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
- Jefe del Departamento de las Áreas Auditadas.
- El monitoreo corresponde a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad del HVLH



## VII. ANEXOS



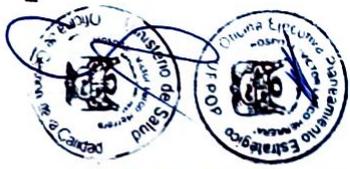


**ANEXO N° 01  
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS  
PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" 2022**

ACTIVIDAD	META	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION				RESPONSABLE
			I T	II T	III T	IV T	
<b>Actividad 1: Objetivo Específico:</b> Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - (Desarrollo de las Auditorías de calidad en salud y Adherencia a GPC)							
<b>Actividad 1.1.</b> Reconformar el Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría médica del Hospital Víctor Larco Herrera – 2022.	1	Comité aprobado con R.D	X				RD N° 007-2022-DG-HVLH.
<b>Actividad 1.2.</b> Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	1	Plan aprobado con R.D	X				OGC
<b>Actividad 1.3.</b> Capacitación al Comité de Auditoría en salud y Comité de Auditoría médica del HVLH – 2021.	1	Informe		X			OCG
<b>Actividad 1.4</b> Capacitación dirigido a las jefaturas y servicios, con el tema: "AUDITORIAS DE CASO"	1	Informe		X			Comité de Auditoría médica HVLH/OGC /Jefe de Departamento
<b>Actividad 1.5</b> Realizar Monitoreo de registro de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de emergencia (Coordinación con el jefe de Departamento)	1	Informe		X			OGC
<b>Actividad 1.6.</b> Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Psiquiatría del niño y adolescente (Coordinación con el jefe de Departamento).	1	Informe		X			Comité de Auditoría medica HVLH/OGC /Jefe de Departamento

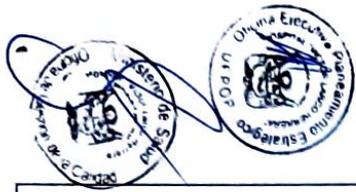


<b>Actividad 1.7.</b> Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento de Hospitalización (Coordinación con el jefe de Departamento)	1	Informe		X				Comité de Auditoría médica HVLH/OGC /Jefe de Departamento
<b>Actividad 1.8.</b> Realizar Monitoreo de Auditoría de la calidad de la Historia clínica en el Departamento Consulta externa y salud mental comunitaria. (Coordinación con el jefe de Departamento)	1	Informe				X		Comité de Auditoría Médica HVLH/OGC
<b>Actividad 1.9.</b> Realizar Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica del Departamento de emergencia.	1	Informe		X				Comité de Auditoría medica HVLH/OGC /Jefe de Departamento
<b>Actividad 1.10.</b> Realizar Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica en el Departamento de Hospitalización. (Coordinación con el jefe de Departamento)	1	Informe				X		Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoria Medica/OGC
<b>Actividad 1.11.</b> Realizar Auditoria de Adherencia a Guías de Práctica Clínica en el Departamento de Psiquiatría del niño y adolescente y el Dpto. Consulta externa y salud mental comunitaria. (Coordinación con el jefe de Departamento)	1	informe					X	Comité de Auditoría en Salud y Auditoría Médica /OGC
<b>Actividad 1.12</b> Reunión con los médicos para la difusión y capacitación en Actualización de las GPC del HVLH.	1	Informe				X		OGC
<b>Actividad 1.13</b> Seguimiento de las implementaciones de los reportes y/o informes de auditorías realizadas según plazo señalado (socializar y monitorizar)	1	Informe	X	X	X		X	Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica/OGC
<b>Actividad 1.14</b> Informe Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	4	Informe	X	X	X		X	OGC
<b>Actividad 2: Objetivo Específico:</b> Promover buenas prácticas de atención por la seguridad del paciente (Rondas de Seguridad)								



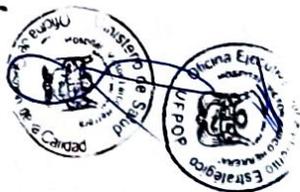
<b>Actividad 2.1.</b> Recopilación y Consolidación de las Guías de Práctica Clínica oficializados con RD por Departamentos o servicios del HVLH. (Conformación del comité para actualización)	1	informe	X	X			OGC/Dptos. correspondientes.
<b>Actividad 2.2.</b> Realizar Auditoría de calidad de pertinencia en el Departamento de Emergencia. (Rondas de seguridad del paciente)	1	informe			X		Comité de Auditoría Médica/OGC
<b>Actividad 2.3</b> Realizar Auditoría de calidad de pertinencia del Departamento de Consulta Externa y Salud Comunitaria. (Rondas de seguridad del paciente)	1	informe			X		Comité de Auditoría Médica/OGC
<b>Actividad 2.4</b> Realizar Auditoría de calidad de pertinencia del Departamento de Psiq. Del Niño y Adolescente. (Rondas de seguridad del paciente)	1	informe			X		Comité de Auditoría Médica/OGC
<b>Actividad 2.5</b> Realizar Auditoría de calidad de pertinencia del Departamento de Hospitalización, pabellones 1, 20, 18 (Rondas de seguridad del paciente)	3	informe	X				Comité de Auditoría Médica/OGC
<b>Actividad 2.6.</b> Realizar Auditoría de calidad de pertinencia en diferentes pabellones de pacientes hospitalizados crónicos. (Rondas de seguridad del paciente)	3	Informe		X	X	X	Comité de Auditoría Médica/OGC

**ANEXO N° 02**  
**MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS**  
**PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" 2021**  
**OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



<b>Objetivo General:</b> 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 – 2021.				
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>META (anual)</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>% METAS LOGRADAS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Objetivo Específico 1:</b> Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Auditorías de calidad en salud)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conformar al Comité de Auditoría en Salud y Auditoría médica del Hospital Víctor Larco Herrera – 2021.</li> </ul>	1	Comité aprobado R.D. N° 018-2021-DG-HVLH	100%	Anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud</li> </ul>	1	Plan aprobado con R.D. N° 037- 2021-DG-HVLH	100%	Anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitación al Comité de Auditoría en Salud y Auditoría médica del Hospital Víctor Larco Herrera – 2021.</li> </ul>	0	Informe	0%	Pendiente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Auditoría de registro de la calidad de atención en emergencia.</li> </ul>	1	Informe	100%	Semestral
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Auditoría de registros de la calidad de atención en consulta Hospitalización: Pabellón 20, Pabellón 1 y Pabellón 18.</li> </ul>	1	Informe	100%	Anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Auditoría de registros de la calidad de atención en consulta externa niños y adolescentes y adultos.</li> </ul>	1	Informe	100%	Anual
<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento de las implementaciones de los reportes y/o informes de auditorías realizadas según plazo señalado (sociabilizar y supervisar).</li> </ul>	2	Informe	95%	En proceso a través de las Rondas de Seguridad del paciente.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión con los médicos para retroalimentación de los resultados de las auditorías efectuadas.</li> </ul>	0	Informe	0%	Pendiente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.</li> </ul>	4	informe	100%	Trimestral (4)
<b>Objetivo Específico 2:</b> Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - (Rondas de Seguridad)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Socialización a los servicios asistenciales de la normativa vigente para la elaboración de Guías de Práctica Clínica.</li> </ul>	1	Informe	100%	Se formó 2 grupos de trabajo para la elaboración de 2 GPC (Bipolaridad y Trastornos de conducta bajo la

Documento técnico: Plan anual de Auditoría/2022



				metodología AGREE-pendiente por emergencia sanitaria)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe Semestral de la Elaboración y adherencia de Guías de Práctica Clínica.</li> </ul>	2	Informe	100%	Anual (Hospitalización y Consulta externa adultos y niños). Pendiente por emergencia sanitaria.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de auditoría de calidad de pertinencia del departamento de Hospitalización</li> </ul>	1	Informe	100%	Semestral
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de auditoría de calidad de pertinencia del departamento de Consulta externa y salud mental comunitaria y Dpto. psiquiatría del niño y adolescente.</li> </ul>	1	Informe	100%	Semestral



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital  
Víctor Larco Herrera

"Decenio de la Igualdad De Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía nacional".

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. [www.minsa.gob.pe/DGSP](http://www.minsa.gob.pe/DGSP)
2. NTS N°029-MINSA/DIGEPRES.V.02
3. NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN

