



# Resolución Directoral

Lima, 28 de Marzo de 2018

Visto el Expediente N° 18-0010372-001, conteniendo la Nota Informativa N° 028-2018-OGC/HNHU, de la Oficina de Gestión de la Calidad solicitando la aprobación del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018;

## CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA del 15 de julio de 2016, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", cuyo objetivo general es establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos;

Que, mediante Nota Informativa N° 028-2018-OGC/HNHU, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018;

Que, mediante Memorando N° 0168-2018-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa N° 011-2018-UPL/OPE/HNHU, la Unidad de Planeamiento indica que el referido Plan cumple con la estructura mínima para la elaboración de documentos técnicos y que el presente plan forma parte del producto operativo Gestión de la atención basado en procesos, programado en el POA 2018, vinculado a la actividad presupuestal: 5000003-Gestión Administrativa;

Que, el Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018 tiene como objetivo fortalecer el proceso de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud como una herramienta de garantía y mejora de la calidad, orientado hacia el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe N° 110-2018-OAJ/HNHU

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y,



TAP. HAYDEE HILDA CAPAYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018

De acuerdo a las atribuciones conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018, el mismo que forma parte de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad, la ejecución y seguimiento del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018, aprobado por el artículo 1° de la presente Resolución.

**Artículo 3°.-** La Oficina de Comunicaciones procederá a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

**Regístrese y comuníquese.**



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"  
  
DR. LUIS W. MIRANDA MOLINA  
DIRECTOR GENERAL (e)  
C.M.P. N° 27423

LWM/BOACH/Marlene G.

DISTRIBUCIÓN.

- ( ) D. Adjunta
- ( ) OAJ
- ( ) Oficina de Gestión de la Calidad
- ( ) OCI
- ( ) Archivo.



Hospital Nacional "Hipólito Unanue"



PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD  
EN LA ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE  
2018

**OGC** | Oficina de  
Gestión de la  
Calidad

  
TAP. HAYDEE HIZDA CAPACYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018

El presente documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
que he tenido a la vista





## EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

MC. LUIS MIRANDA MOLINA  
Director General

MC. JUAN GUALBERTO RODRÍGUEZ PRKUT  
Director Adjunto

LIC. ELIZABETH YOVANNY SOTO MONTEJOS  
Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

CPC. JESSICA INA CORREA ROJAS  
Directora Ejecutiva de la Oficina de Administración

## EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. Walter ESPINOZA CUESTAS  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. Eissenia PALOMINO GONZALEZ  
M.C. Sandra TRAVERZO VILA  
Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

Bach. Daniel Sabino QUEVEDO TINCOPA  
Unidad Garantía de la Calidad-Acreditación

M.C Silvia VARGAS CHUGO  
Unidad de Seguridad del Paciente

Bach. Elías VILCACHAGUA ROQUE  
Téc. Enf. Cynthia M. CONDORI CHIPANA  
Unidad de Información para la Calidad

Sra. Karina HUAMÁN MURILLO  
Secretaria





**ELABORADO POR:**

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas  
**Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad**

Med. Eissenia Margarita Palomino Gonzalez  
**Medico Auditor de la Oficina Calidad de la Atención de Salud**

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila  
**Medico Auditor de la Oficina Calidad de la Atención de Salud**

**COLABORADORES:**

- M.C. Rafael Fernando Chumpitaz Aguirre
- M.C. Reanio Barboza Cieza
- M.C. Homero Ríos Rojas
- M.C. Sandro Bustamante Romani
- M.C. Ingrid Curie Chavez Correa
- M.C. Luz María Cachuan Hinostroza
- M.C. Ana María de La cruz Quispe
- M.C. Mercedes Salas Lor
- M.C. Jesús Aníbal Díaz Orejón
- M.C. José Carlos Clemente Rodríguez

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

- M.C. Gustavo Rosales Taboada
- M.C. Melina Nuñez De La Torre Caller
- M.C. María Antonieta Ampuero Toranzo
- M.C. María del Rosario Fuertes Anaya
- M.C. Eduardo Rodríguez Yauri
- M.C. Diana Yuncar Fajardo
- M.C. Robinson Alburqueque Tello
- Ps. Milagros Renee Carmona Herrera
- Lic. T.M. Paola Tamariz López
- Lic. Rosa Zavala Rojas

**REVISADO POR**

Méd. Luis Miranda Molina  
Director General HNHU

Lic. Enf. Elizabeth Soto Montejos  
Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Med. Walter Alfredo Espinoza Cuestas  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

  
 TAP. HAYBEE HILDA CAPACYACHI TAQUIA  
 FEDATARIA  
 Hospital Nacional Hipolito Unanue  
 Ministerio de Salud

01 ABR 2018



3



**INDICE**

I	INTRODUCCION	5
II	FINALIDAD	5
III	OBJETIVO	5
	OBJETIVO GENERAL	5
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
IV	BASE LEGAL	6
V	AMBITO DE APLICACIÓN	7
VI	DEFINIICIONES OPERATIVAS	6-8
VII	ACTIVIDADES	7-11
VIII	BIBLIOGRAFÍA	11
IX	ANEXOS	12
	ANEXO N° 01: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	13-15
	ANEXO N° 02: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS	15-17





### I. INTRODUCCION

En el Perú Las actividades de Auditora de la calidad de atención en salud se desarrollan desde hace más de dos décadas, 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.

El Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, aprueba la Norma técnica N° 029 –MINSA/DIGEPRES-V-02: "Norma Técnica de Auditoría de Calidad de Atención de Salud", con fecha de 15 de Julio del 2016, para ser aplicado a nivel nacional en las entidades públicas y privados del sector público. Siendo su objeto mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por si misma, no tiene fines punitivos.

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 Hospital Nacional Hipólito Unanue cumplan con los estándares de calidad aceptados para el procedimiento y practicas institucionales y/o profesionales cumpliendo así nuestra Misión Institucional: **"PREVENIR LOS RIESGOS, PROTEGER DEL DAÑO, RECUPERAR LA SALUD Y REHABILITAR LAS CAPACIDADES DE LOS PACIENTES EN CONDICIONES DE PLENA ACCESIBILIDAD Y DE ATENCIÓN A LA PERSONA DESDE SU CONCEPCIÓN HASTA SU MUERTE NATURAL"**

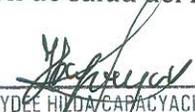
### II. FINALIDAD

Contribuir a Mejorar la Calidad de Atención en Salud en el Hospital Nacional Hipólito Unanue para el año 2018 aplicando normativas vigentes del Ministerio de Salud

### III. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el proceso de Auditoria de Calidad de Atención en Salud, como una herramienta de garantía y mejora de la calidad, orientado al mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

  
TAP. HAYDÉE HINDA CAPAC YACHI TAQUIA  
PEDATARIA  
Hospital Nacional Hipolito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018



5

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

### Objetivo Específico 1:

- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

### Objetivo Específico 2:

- Actualizar el marco normativo de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

### Objetivo Específico 3:

- Promover la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud como herramienta gerencial en atenciones de salud del HNHU

## IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, "Ley General de Salud" .
2. Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado" .
3. Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública" .
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
5. Resolución Ministerial N° 519 - 2005/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
6. 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".
7. Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA - Plan Nacional de Gestión de la Calidad.
8. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica.
9. Resolución Ministerial N° 415-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
10. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la Norma técnica 029 - MINSA/DIGEPRES-V-02: "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en salud "
11. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 139 - MINSA/2018/DGAIN - Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.





## V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Auditoria de calidad de atención en salud es de aplicación en las diferentes áreas y/o servicios asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

**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 Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.
- 3. AUDITORÍA EXTERNA.-**Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
- 4. AUDITORÍA MÉDICA.-** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el 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.

  
TAP. HAYDEE HILDA CAPACYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018





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 DIRIMIENTE.**- 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. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
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 de Caso.
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.
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 de Caso.
20. **EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO.-** Verificación seriada o muestral 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, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
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
24. **EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA.-** Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.
25. **FUENTES PARA AUDITORÍA.-** Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica la fuente por excelencia. Además se incluyen los Libros de Registro de Emergencia,

TAP. HAYDEE WILDA CAPACYACHITTAQUI  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipolito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018

El presente documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
que he tenido a la vista





de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.

26. **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.**- Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.
27. **HALLAZGOS DE AUDITORÍA.**- Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
28. **HISTORIA CLÍNICA (HC).**- Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
29. **INCIDENTE.**- Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un *incidente*). Cuando un *incidente* causa daño o lesión se denomina evento adverso.
30. **INFORME FINAL DE AUDITORÍA.**- Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
31. **MÉDICO TRATANTE.**- Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.
32. **NO CONFORMIDAD.**- Incumplimiento de un criterio en auditoría.
33. **PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.**- Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente (Ver Anexo N° 4).
34. **RECOMENDACIONES.**- Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las *condiciones* de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.





35. **RIESGO.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
36. **SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO.-** Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento, con o sin internamiento según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas clínicos.
37. **SUMILLA.-** Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoria

## VII. ACTIVIDADES

### OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

- **Actividad 1.1:** Capacitación dirigido a Jefes y personal(asistencial) de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Auditoria en salud para la mejora continua de las atenciones"
- **Actividad 1.2:** Capacitación dirigido a Médicos Asistenciales del Hospital Nacional Hipólito Unanue en "El Proceso de Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- **Actividad 1.3:** Capacitación dirigido Jefes y personal asistencial de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Elaboración de Guías Procedimiento y Adherencia"

### OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Actualizar el marco normativo de la Auditoría de la calidad de la atención en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

- **Actividad 2.1:** Reporte de Listado de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU
- **Actividad 2.2:** Reporte del Listado de Fichas de Verificación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU
- **Actividad 2.3:** Medición de adherencia de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU
- **Actividad 2.4:** Reconformar del Comité de Auditoría Atención en Salud (CAS) del HNHU
- **Actividad 2.5:** Reconformar del Comité de Auditoría Medica (CAM) del HNHU
- **Actividad 2.6:** Elaborar para su aprobación con Resolución Directoral el Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del HNHU 2018

TAP. HAYDEE MILDA CAPACYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018

El presente documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
que he tenido a la vista





### OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Promover la Auditoría de la Calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en Atenciones de salud que permita realizar procesos de mejora continua en el HNHU

- **Actividad 3.1:** Realizar Auditoría de la calidad de Registro de la Historia Clínica en el Departamento Emergencia
- **Actividad 3.2:** Realizar Auditoría de la calidad de Registro de la Historia Clínica en la Consulta Externa
- **Actividad 3.3:** Realizar Auditoría de la calidad de Registro de la Historia Clínica en Hospitalización
- **Actividad 3.4:** Realizar Auditoría de Caso
- **Actividad 3.5:** Realizar Auditoría de Calidad de Atención
- **Actividad 3.6:** Retroalimentación de los resultados de las Auditorías de la Calidad de Registro de la Historia Clínica realizadas
- **Actividad 3.7:** Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las Auditorías de la Calidad de Registro de la Historia Clínica realizadas
- **Actividad 3.8:** Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías de Caso Realizados
- **Actividad 3.9:** Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías de Calidad de Atención realizadas
- **Actividad 3.10:** Realizar el Informe de trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del HNHU

### VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. [www.minsa.gob.pe/DGSP](http://www.minsa.gob.pe/DGSP)
2. [www.igss.gob.pe](http://www.igss.gob.pe)





PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO  
UNANUE

“Año del Dialogo y la reconciliación  
Nacional”

## IX. ANEXOS

TAP. HAYDEE HILTA CAPACYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipolito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018

El presente documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
que he tenido a la vista





PERU

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

"Año del Dialogo y la reconciliación Nacional"

**ANEXO N° 01  
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES  
PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2018**

ACTIVIDAD	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION												RESPONSABLE			
			I T			II T			III T			IV T						
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1:Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo</b>																		
<b>ACT. 1.1.</b> Capacitación dirigido a Jefes y personal (asistencial) de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Auditoria en salud para la mejora continua de las atenciones"	1	Informe						X										Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 1.2.</b> Capacitación dirigido a Jefes y personal de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Elaboración de Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencia para la formación de líderes en calidad y seguridad"	1	Informe						X										Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 1.3.</b> Capacitación dirigido Jefes y personal asistencial de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Elaboración de Guías Procedimiento y Adherencia"	1	Informe			X													Oficina de Gestión de la Calidad
<b>Objetivo Especifico 2:Actualizar el marco normativo de la auditoría de la calidad de la atención en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue</b>																		
<b>ACT. 2.1.</b> Reporte de Listado de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU	1	Informe														X		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.2.</b> Reporte del Listado de Fichas de Verificación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU	1	Informe														X		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.3.</b> Medición de adherencia de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU	2	Informe							X								X	Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.4.</b> Reconformación el Comité de Auditoría en Salud (CAS) del HNHU	1	Resolución Directoral			X													Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.5.</b> Reconformar el Comité de Auditoría Medica (CAM) del HNHU	1	Resolución Directoral			X													Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.6.</b> Elaborar y aprobar con Resolución Directoral el Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del HNHU 2018	1	Plan aprobado con RD			X													Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS





OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Promover la Auditoría de la Calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en Atenciones de salud del HNHU											
ACT. 3.1. Realizar Auditoría de registro de la calidad de la Historia Clínica en el Departamento Emergencia	1	Informe							X		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 3.2. Realizar Auditoría de registro de la calidad de la Historia Clínica en la Consulta Externa	1	Informe							X		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 3.3. Realizar Auditoría de registro de la calidad de la Historia Clínica en Hospitalización	1	Informe							X		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 3.4. Realizar Auditoría de Caso	2	informe		X		X		X		X	Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
ACT. 3.5. Realizar de Auditoría de calidad de Atención	4	Informe		X		X		X		X	Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
ACT. 3.6. Retroalimentación de los resultados de las auditorías registro de la calidad de la Historia Clínica realizadas	1	Informe							X		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 3.7. Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías registro de la calidad de la Historia Clínica realizadas	1	Informe								X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT. 3.8. Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías de Caso Realizados	4	Informe		X		X		X		X	Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
ACT. 3.9. Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías de calidad de atención realizadas	4	Informe		X		X		X		X	Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
ACT. 3.10. Realizar Informe de Semestral del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del HNHU	2	Informe					X			X	Oficina de Gestión de la Calidad



El presente documento es COPIA FIEL DEL ORIGINAL que he tenido a la vista

01 ABR 2018

TAP. HAYDEE HILDA CAPACAYACHI TAQUIA  
FEDATARIA  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
Ministerio de Salud





PERU

MINISTERIA DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO  
UNANUE"Año del Dialogo y la reconciliación  
Nacional"

**ANEXO N° 02**  
**MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS**  
**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE 2018**

ACTIVIDADES	META (anual)	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	RESPONSABLE
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo</b>				
<b>ACT. 1.1.</b> Capacitación dirigido a Jefes y personal de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Auditoria en salud para la mejora continua de las atenciones"	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 1.2.</b> Capacitación dirigido a Jefes y personal de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Elaboración de Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencia para la formación de líderes en calidad y seguridad"	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 1.3.</b> Capacitación dirigido Jefes y personal asistencial de los Departamentos y Servicios asistenciales con el "Curso Taller de Elaboración de Guías Procedimiento y Adherencia"	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>Objetivo Especifico 2: Actualizar el marco normativo de la auditoría de la calidad de la atención en salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue</b>				
<b>ACT. 2.1.</b> Reporte de Listado de Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.2.</b> Reporte del Listado de Fichas de Verificación de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.3.</b> Medición de adherencia de las Guías de Práctica Clínica aprobadas con Resolución Directoral de los diferentes servicios asistenciales del HNHU	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.4.</b> Reconfirmación del Comité de Auditoría en Salud (CAS) del HNHU	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.5.</b> Reconfirmación del Comité de Auditoría Medica (CAM) del HNHU	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 2.6.</b> Elaborar y aprobar con Resolución Directoral el Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del HNHU 2018	1	Plan aprobado con RD		Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS





<b>OBJETIVO ESPECÍFICO 3:</b> Promover la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud como herramienta gerencial en atenciones de salud del HNHU				
<b>ACT. 3.1.</b> Auditoría de registro de la calidad de la Historia Clínica en el Departamento Emergencia	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 3.2. Realizar</b> Auditoría de registro de la calidad de la Historia Clínica en la Consulta Externa	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 3.3. Realizar</b> Auditoría de registro de la calidad de la Historia Clínica en Hospitalización	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 3.4. Realizar</b> Auditoría de Caso	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
<b>ACT. 3.5. Realizar</b> Auditoría de calidad de Atención	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
<b>ACT. 3.6. Retroalimentación</b> de los resultados de las auditorias registro de la calidad de la Historia Clínica realizadas	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 3.7.</b> Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías registro de la calidad de la Historia Clínica realizadas	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
<b>ACT. 3.8.</b> Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías de Caso Realizados	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
<b>ACT. 3.9.</b> Seguimiento del cumplimiento de recomendaciones basado en las auditorías de calidad de atención realizadas	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad/CAM/CAS
<b>ACT. 3.10: Realizar</b> Informe de Semestral del Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud del HNHU	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad

TAP. HAYDEE HILDA KAPACAYACHI TAQUIA

FEDATARIA

Hospital Nacional Hipolito Unanue  
Ministerio de Salud

01 ABR 2018

El presente documento es  
COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
que he tenido a la vista