HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 134-04/2017-HCLLH/SA

República del Perú

Resolución Directoral

Puente Piedra, 12 de Abril del 2017

VISTO:

El Expediente N° 1716-2017, que contiene el Memorándum N° 147-04-OPE-AS-2017HCLLH, mediante el cual, la Oficina de Planeamiento Estratégico solicita la aprobación del "Plan de Acción de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Año 2017", y;

CONSIDERANDO:

Que, en virtud de lo dispuesto en el numeral VI del Título Preliminar de la Le 26842-Ley General de Salud, "... Es responsabilidad 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, con Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que establece los principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, así como los aspectos normativos que permitan contar con una organización orientada a la gestión de la calidad en salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, se aprueba la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 para el "Proceso de Auditoría del Caso", cuya finalidad es contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en la prestación de la atención en los establecimientos del sector salud;

Que, en dicho contexto la Unidad de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del "Plan de Acción de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Año 2017;

Que, mediante Informe N° 48-PP-OPE-HCLLH-2017 la responsable del Área de Planes y Programas de la Oficina de Planeamiento Estratégico da opinión favorable para la aprobación del citado plan;

Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8 literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz:

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el "Plan de Acción de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Año 2017", el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- La Unidad de Gestion de la Calidad es la encargada de supervisar el cumplimiento e informar a la Direccion Ejecutiva la inobservancia o inconvenientes que se presenten, a efecto de aplicar las medidas correctivas que sean pertinentes.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

MINISTERIO DE SALUD | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Dr. Javier Tsukazan Kobashikawa
C.M.P. 21626 / R.N.E. 17579
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JTK/HSV/GPMP
C.c.
*Unidad de Gestión de la Calidad
*Oficina de Planeamiento Estratégico
*Archivo

PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

2017

HOSPITAL LANFRANCO LA HOZ

Unidad de Gestión de la Calidad

Av. Saenz Peña Cuadra 6 s/n.

Puente Piedra – Lima - Perú.

Teléfono: (01) 548-5334

(01)548 – 3335

MINSA - INST. DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD - U. DE GESTION DE LA CALIDAD - V°B° JEFATURA

Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Unidad de Gestión de la Calidad – Hospital Carlos Lanfranco La Hoz; 2017. 19 p.

Elaborado por:

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad — Lic. Pilar Del Carpio Antezana.

Of. Gestión de la Calidad - Médico Auditor — M.C. Verónica Campos Aparcana

Revisado por:

Director General — M.G.Javier Tsukazan Kobashikawa.

Sub - Director General — M.C..Hernan Solis Verde.

Jefe de la Of. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico — Lic. Isabel Flores Flores.

Jefe de la Of. De Asesoría Jurídica — Abg. Pablo Mestras Parisaca.

Colaboradores:

Integrantes del Comité de Auditoría de la Calidad en Salud

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Unidad de Gestión de la Calidad

ÍNDICE

		N° Pág.
I.	INTRODUCCIÓN	04
II.	FINALIDAD	05
III.	OBJETIVOS	05
	3.1. OBJETIVO GENERAL	05
	3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	06
IV.	BASE LEGAL	06
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	08
VI.	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	09
VII.	DEFINICIONES OPERATIVAS	09
VIII.	DISPOSICIONES ESPECIFICAS	11
IX.	DISPOSICIONES FINALES	11
X.	ESTRATEGIAS	12
XI.	ACTIVIDADES Y TAREAS	12
XII.	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERISTICA DE MUESTRA	14
XIII.	METODOLOGIA	14
XIV.	FINANCIAMIENTO	15
XV.	REQUERIMIENTO	15
XVI.	ORGANIZACIÓN	15
XVII.	Anexo N° 1: Indicadores de Auditorias de Calidad	16
	Anexo N° 2: Matriz de Programación de Actividades Operativas	17
	Anexo N° 3: Cronograma de Auditorias.	19

V°B°

I. INTRODUCCIÓN

En el último decenio el Ministerio de Salud ha venido dando impulso a través de lineamientos políticos, metas, y normativas la optimización de la calidad de la atención en salud.

La calidad de la atención médica es un valor transcendental tanto para los usuarios externos como para los profesionales de la salud, por lo que se hace ineludible continuar fomentando una cultura de mejoramiento continuo de la calidad que permita adecuar los sistemas y procesos de gestión en general a criterios de equidad, eficacia y transparencia.

Nuestro Hospital consciente de esto viene desplegando acciones para mejorar la calidad de los servicios de Salud con el fin de mejorar el cuidado del paciente, así como el traslado efectivo de la investigación a la práctica basada en la evidencia.

No obstante se ha ido reflejando que a pesar del empeño desplegado todavía según evidencias sobre la situación de los sistemas de calidad, se cumple parcialmente con los estándares nacionales establecidos para la prestación de los servicios, por lo que debemos reorientar los esfuerzos para conseguir buenas prácticas orientadas a la satisfacción de los usuarios, a la seguridad del paciente a través del desarrollo e implementación de los Sistemas de garantía de calidad y su mejoramiento continuo.

He aquí que la *auditoría* asume un papel primordial para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en nuestro país ya que es una herramienta esencial de la gestión gerencial; pero que aún está en proceso de aplicación. Es decir, implica que la organización, así como los auditados deben ser conscientes de los elementos básicos de las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte de auditar, a través de la verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia, que nos permita la identificación de las áreas o los procesos susceptibles de mejoras; así como saber utilizar las metodologías e instrumentos que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

La práctica de la auditoria en salud en el marco del sistema de gestión de la calidad en el Hospital Carlos LanFranco La Hoz para este año 2017, se desarrolla a través

de la normativa de la dirección de la calidad en salud del Ministerio de Salud, el cual permite orientar y monitorizar el trabajo de la oficina de gestión de Calidad.

Durante el año 2016,basandonos en el Sistema de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud, el Hospital Carlos LanFranco La Hoz, elaboró e implementó el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, con el cual se logró un Porcentaje de Avance del 35 % de las Actividades Programadas, teniendo como limitantes; presupuesto y coyuntura política.

Para este año 2017 con el propósito de fortalecer el trabajo desarrollado por la Oficina de Gestión de la Calidad, se ha trabajado el **PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2017,** el cual estamos conscientes de cumplirlo para lograr nuestro objetivo.

II. FINALIDAD

- Contribuir a Fortalecer los diferentes Procesos de Atención y de Gestión para la Mejora de los Servicios de Salud, a fin de Promover la calidad en la Atención de nuestros pacientes e impulsar la mejora continua en nuestro Hospital.

III. OBJETIVOS

○ OBJETIVO GENERAL

Desarrollar los Procesos de Auditoria médica como instrumento de mejora en la atención, estableciendo acciones preventivas, y de seguimiento para fortalecer la Calidad de la prestación de los servicios de Atención durante el Año 2017.

○ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaboración, Supervisión, Monitoreo y Evaluación de la implementación del Plan Anual de Auditoría.

2. Programar el desarrollo de Auditorías de Registro y de Caso, que optimicen la calidad de los procesos organizacionales en las áreas críticas.

3. Promover la Capacitación Continua del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a través de cursos de capacitación.

4. Capacitar y Fortalecer las competencias de los Profesionales de la Salud de nuestra institución en el Marco de las Normas Técnicas de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

5. Retroalimentar y Socializar los Resultados de la Auditoría de Calidad de Atención en Salud a nivel Institucional.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27658, "Ley Marco de Modernización de la Gestión del estado".
- Ley Nº 27806, "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública".
- Ley Nº 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Ley Nº 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
- Ley Nº 29414, "Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1216-2003/SA/DM que aprueba la Directiva N° 027-MINSA-V01: Norma que regulan el Procedimiento de atención y Trámite de quejas, sugerencias, consultas e interposiciones de buenos oficios en la oficina de transparencia y defensoría de la salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA, "Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria mediante el Decreto Supremo N° 007-2006-SA, Artículo *3°, 4°, 17° Y 18°.*
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el: "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 776-2004/MINSA – Norma Técnica de Historia Clínica de los EESS del Sector Público y Privado.

- Resolución Ministerial N° 474 -2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029 – MINSA /DGSP - V 01 del 23 de junio del 2005, "Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 519 - 2006/MINSA que aprueba el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA - Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA - "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NT N° 050 – MINSA /DGSP – V.02, del 04 de junio del 2007 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y tres (03) Anexos".
- Resolución Ministerial N° 489-2007/MINSA, "Plan Nacional Concertado de Salud".
- Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 601-2007/MINSA – Documento Técnico de Implementación de la Auditoria de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, aprueba "Directiva Administrativa Nº 123-MINSA/DGSP-V.01, para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 732-2008/MINSA, aprueba N. T. Nº 022-MINSA/DGSP-V.03 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° -20/MINSA, que aprueban el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 040-2011/MINSA, Documento Técnico "Lineamientos de Política para la Vigilancia Ciudadana en Salud.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"

- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica en Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Directoral N°118 – 03 / 2016 – HCLLH / SA. Conformación del Comité de Auditoría de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, es de aplicación en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que es un Órgano Desconcentrado del Ministerio de Salud, y para sus diferentes Servicios Asistenciales.

VI. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL:

El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está calificado como Ente ejecutor, siendo su Categoría Nivel II – 2, que brinda Atención Especializada en diversas especialidades a nivel nacional atendiendo pacientes a Demanda y de Referencia, consecuentemente a esto el tipo de pacientes a los cuales se les brinda atención es muy variado y de complejidad diversa, siendo este último un aspecto de gran consideración e importancia para una atención de calidad.

Durante el Año 2016 se atendieron pacientes en los Diferentes Servicios del Hospital manifestándose en 238567 Atenciones. De este total: 186316 fueron atenciones de Consulta Externa y 52281 atenciones de Emergencia. De las atenciones externas: 96896 atenciones fueron pacientes AUS que equivale al 52%, y 89420 pacientes particulares (48 %).Se evidencia un incremento de atenciones de pacientes AUS en un 38% en comparación del año 2015.Del mismo modo en el 2016 se aprecia 3812 intervenciones quirúrgicas. Por las estadísticas es notorio que se debe mantener niveles óptimos de calidad en la atención brindada a nuestros usuarios conllevando a que la auditoria deberá ser el instrumento para analizar nuestros procesos de atención y así mantener y mejorar nuestros servicios.

En Año 2016, con Resolución Directoral Nº103-03 / 2016- HCLLH/SA se aprobó el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2016, lográndose cumplir el 35% de actividades programadas en el Plan de Auditoría 2016; esperando para este año 2017 con la implementación del nuevo plan y las estrategias se pueda lograr mejoras representativas en los Procesos y en la Calidad de la atención para beneficio de nuestros usuarios externos.

VII. DEFINICIONES OPERATIVAS

7.1 Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.- Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de Calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".

7.2 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. La participación de los integrantes en este tipo de Auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos, y en el consenso técnico – científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes en participaron en el proceso de atención. El resultado final de la Auditoría de Caso se emite en un informe denominado "Informe de Auditoría de Caso".

7.3 **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.

7.4 **Auditoría Médica**.- Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica incluyendo procedimientos, diagnóstico y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercuten 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. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al Usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.

7.5 **Área Asistencial Crítica para auditar de la Calidad de la Atención en Salud**.- Es el área de atención que presenta mayor número de auditorías de caso originadas por quejas ó denuncias de presuntas negligencias médicas.

7.6 **Auditoría Centinela**.- Es la auditoría inicial dentro de un Departamento/servicio que servirá de base para establecer un diagnóstico y seguimiento de las mejoras logradas durante el transcurso del año en que se realizarán auditorías periódicas con sus respectivas retroalimentaciones en el departamento/servicio atendido.

7.7 **Auditoría Concurrente**.- Es llevada a cabo por el Comité de Auditoría donde se verifica de forma presencial la calidad de la prestación de los servicios de salud efectuada durante las rondas médicas, consultas externas, etc.

7.8 Auditoría de la Calidad de 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

7.9 Comité de Auditoría.- Comité de Auditoría que realiza las auditorías de caso. Está conformado por profesionales de diferentes departamento/servicios de la institución.

7.10 Plan Anual de Auditoría.- Plan que detalla las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en él se establecen las auditorías de oficio que a lo largo del año desarrollarán los diferentes Comités de Auditoría (Central y de los Departamentos, Servicios o Unidades) de la Red, Micro red o Establecimiento de Salud del Sector Salud. Diseñado por el respectivo Comité de Auditoría de la Institución.

VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1.- El Hospital debe conformar el Equipo de gestión y el Comité de Auditoria de acuerdo a lo establecido en las normas técnicas de auditoria.

8.2.- La oficina de Gestión de la Calidad tiene la responsabilidad de identificar y priorizar las recomendaciones contenidas en los informes de auditoría para impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua.

8.3.- La oficina de Gestión de la Calidad debe emitir a las Instancias superiores, los informes de auditoría correspondientes.

IX. DISPOSICIONES FINALES

9.1.- El Director Ejecutivo del Hospital tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan anual de auditoria.

9.2.- El Director Ejecutivo del Hospital deberá asegurar el cumplimiento de implementación de cada una de las recomendaciones de los informes de auditoría, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

9.3.- El Plan Anual de Auditoria debe contar con la R.D de aprobación por la Dirección Ejecutiva.

X. ESTRATEGIA

10.1.- Integrar actividades de auditoria en el desempeño de las actividades de los profesionales de la salud a nivel de Hospital.

10.2.- Implementar el sistema de información y retroinformación de las actividades de auditoria para involucrar en el desarrollo de las mismas a los usuarios del sistema de salud de los diferentes servicios.

10.3.- Coordinación efectiva con los jefes de Departamentos, servicios y Unidades de la institución.

XI. ACTIVIDADES Y TAREAS

11.1 Elaboración del Plan Anual de Auditoria y Conformación de Comités de Auditoría, oficialización y difusión.

- TAREA N° 1: Elaboración del Plan Anual de Auditoria.
- TAREA N°2: Aprobación del Plan Anual de Auditoria con R.D.
- TAREA N°3: Conformación de Equipo de Gestión y Comité de Auditoría y Oficialización con RD
- TAREA N° 4: Inclusión de actividades de planes de auditoria en el POA del HCLLH.

11.2 Capacitar a auditores y/o profesionales de la salud en el marco normativo de auditoria.

- TAREA N° 1: Realizar cursos de Auditoria
- TAREA N° 2: Realizar cursos de GPC y metodología AGREE
- TAREA N° 3: Elaborar un Cronograma de Asistencia Técnica en Auditoría en Salud, de áreas Priorizadas y brindarlas.
- TAREA N° 4: Difusión de normatividad vigente en Auditoria y GPC.

11.3 Establecer mecanismos de control y aseguramiento d la calidad de registro asistencial.

- TAREA N° 1: Identificar los Servicios que serán auditados y coordinar con los comités de Auditoría, los criterios de la auditoría.

- TAREA N° 2: Programación y Desarrollar el trabajo de campo de la Auditoría de la calidad del registro.
- TAREA Nº 3: Elaborar el Informe con los resultados de la Auditoría de la Calidad del Registro.

11.4 Priorizar el proceso de auditoria en áreas críticas.

- TAREA N° 1: Identificar los Servicios y casos específicos que serán auditados y coordinar con los comités de Auditoría, los criterios de la auditoría.
- TAREA N° 2: Desarrollar el trabajo de campo del proceso de Auditoría de la calidad de la Atención, Proceso** u de Caso.
- TAREA N° 3: Elaborar los Informes de la Auditoría de la Calidad de la Atención u Informes de Auditoría de Caso.

11.5 **Coordinar la elaboración de GPC de las Patologías más frecuentes de acuerdo a normatividad vigente y monitorizar su adherencia.**

- TAREA N° 1: Coordinar con los servicios y elaborar el listado de las 10 GPC que el Hospital aprueba y reconoce con RD.
- TAREA Nº 2: Seguimiento del Comité de Auditoría, Unidad Gestión de la Calidad y Jefes de Departamentos y Servicios para Actualización de Guías de Práctica Clínica de las Patologías más Frecuentes.
- TAREA N° 3: Elaborar las Listas de Verificación de las GPC oficiales priorizadas a medir la adherencia.
- TAREA N° 4: Medir la adherencia a GPC oficiales con las Listas de Verificación diseñadas para tal fin.

11.6 Verificar y fortalecer el cumplimiento de implementación de recomendaciones de informes de auditorías.

- TAREA N° 1: Consolidar las Recomendaciones, acciones preventivas y correctivas remitidas producto de auditorías internas y/o externas.

- TAREA N° 2: Verificar el cumplimiento e implementación de las recomendaciones, acciones preventivas y correctivas por los responsables de su ejecución TAREA N° 4

- TAREA N° 3: Informar el No Cumplimiento de las Recomendaciones, acciones preventivas y acciones correctivas.

11.7 Verificar y Mejorar el cumplimiento del Plan de Auditoría.

- TAREA N° 1: Elaborar el Informe con los avances trimestrales del Plan Anual de Auditoría 2017.
- TAREA N° 2: Remitir el Informe Trimestral del Plan de Auditoría a la Dirección del Hospital.
- TAREA N° 3: Reuniones Semestrales con los Profesionales que Intervienen en los Procesos Auditados en Coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad para la Retroalimentación sobre los Procesos de Auditoría Efectuados.
- TAREA N°4: Socializar a través del Portal Institucional los Procesos de las Auditorías y el Monitoreo de los Indicadores.

XII. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERISTICAS DE LAS MUESTRAS.

Este año 2017 para la identificación y priorización de los servicios a auditar se considerará:

1. Historias clínicas de los servicios con mayor porcentaje de quejas.
2. Historias clínicas de los servicios con mayor porcentaje de ocurrencias y eventos adversos.
3. Historias clínicas de los servicios con atenciones de gran complejidad.

El universo se determinara como el total de historias clínicas atendidas en el mes del servicio seleccionado.

La muestra será el 10% aleatorio del total de Historias clínicas atendidas en un mes del servicio seleccionado.

XIII. METODOLOGIA

La metodología para la realización de las auditorias será:

Fase I: Planificación de Auditorias: evaluación del entorno y diagnostico situacional.

Fase II Ejecución de auditorías.- observación directa y concurrente, revisión documentaria, creación de instrumentos y trabajo de campo.

Fase III Evaluación e Informe de auditoría.- análisis y realización de informe final

Fase IV Seguimiento de Recomendaciones.- monitoreo y supervisión.

XIV. FINANCIAMIENTO

El Plan será financiado por el Hospital teniendo en cuenta las actividades prioritarias y la disposición presupuestal.

XV. REQUERIMIENTO

13.1 Recursos Informáticos, Equipo inmobiliario y Materiales

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD
01	CPU	01
02	Monitor	01
03	Impresora	01
04	Escritorio	02
05	Silla	02
06	Internet	01 punto
07	Fotocopias	1000
08	Tonner	02
09	Archivadores	04
10	Libro de actas	01
11	Hojas Bond	04 millares
12	Folders	200
13	Lapiceros	200
14	Refrigerios	200

XVI. ORGANIZACIÓN

El Comité de Auditoria del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz estará conformado por:

- Director Ejecutivo: Dr. Javier Tsukazan Kobashikawa
- Equipo de gestión de Auditoria: Lic. Pilar Del Carpio

- Comité de auditoría:

  Presidente: Dr Riner Porlles Santos

  Coordinador: Dr. Dhanny Ramirez Vergara

  Secretaria: Lic luz Hermenegildo Quichiz

  Miembros: Dr. Jose Torres Quintana.

  Dr. Wilfredo Hernandez Guerra

  Dra Verónica Campos Aparcana.

XVII. ANEXOS

PERU | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

MATRIZ N° 1
EVALUACIÓN DE INDICADORES 2017

DENOMINACION: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5° DEL IGSS	OBJETIVO GENERAL DE PLAN ORGANIZACIONAL	INDICADOR				
		DENOMINACION	FORMA DE CALCULO	LINEA BASE 2009	VALOR ESPERADO 2017	FUENTE
□ **Objetivo Estratégico 5. Fortalecer la Promoción de la Salud Fomentando Estilos de Vida Saludables, la Prevención de Enfermedades, Accidentes y Daños**	**Mejorar el Desarrollo del Proceso de Auditoria Estableciendo Acciones Para Fortalecer La Calidad De La Atencion**	Tasa de auditorias de calidad de registro	Nº auditorias de calidad de registro realizadas / Total auditorias de calidad de registro programadas	**0**	**80%**	Registro del Comité de Auditoria y de la Unidad de Gestión de la Clidad
		Tasa de auditorias de calidad aprobadas.	Nº HCL auditadas aprobadas / Total de HCL auditadas	**0**	**80%**	Registro del Comité de Auditoria y de la Unidad de Gestión de la Clidad
		Tasa de auditorias de caso	Nº Auditorias de Caso realizadas / Total de auditorias de Caso programadas	**0%**	**80%**	Registro del Comité de Auditoria y de la Unidad de Gestión de la Clidad
		Tasa de Recomendaciones Implementadas.	Nº Recomendaciones implementadas en auditoria. / Total de Recomendaciones emitidas a los servicios	**0%**	**80%**	Registro del Comité de Auditoria y de la Unidad de Gestión de la Clidad
		Tasa de profesionales que conforman el Comite de auditoria capacitados	Nº profesionales capacitados en auditoria / Total de profesionales programados	**0%**	**90%**	Registro de la Unidad de Gestion de la Unidad de Docencia e Investigación y de la UGC
		Tasa de HCL auditadas con consentimiento informado	Nº de HCL auditadas con Consent. Informado / Total de HCL auditadas	**0%**	**80%**	Registro del Comité de Auditoria
		Tasa de HCL auditadas de Cirugía con LVCS	Nº de HCL auditadas de Cirugía con LVCS / Total de HCL de Cirugía auditadas	**0%**	**80%**	Registro del Comité de Auditoria

MATRIZ Nº 2
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS DE AUDITORIA 2017

DENOMINACIÓN: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE AUDITORIA: Mejorar el Desarrollo del Proceso de Auditoria del Establecimiento.

	META FÍSICA OPERATIVA							META FÍSICA PRESUPUESTAL			REQUERIMIENTO FINANCIERO (8)				UNIDAD (ES) ORGÁNICA (S) RESPONSABLE (S) (9)
	ACTIVIDADES OPERATIVAS (2)	UNIDAD DE MEDIDA (3)	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION (4)					COMPONENTE DE LA EFP (5)	UNIDAD DE MEDIDA (6)	META PRESUPUESTARIA (7)	TOTAL	RO	RDR	OTROS *	
			META	I	II	III	IV								
1.- Elaborar el Plan Anual de Auditoria	Elaboración del Proyecto del Plan Anual de Auditoria del Hospital	Documento	1	1				Gestion Administrativa	Documento	1	**0**	0			Comité de Auditorías y Unidad de Gestion de la Calidad **Dirección Ejecutiva**
	Aprobación del Plan Anual de Auditoria del Hospital CLLH	Resolución Directoral	1	1					Accion	1	**0**	0			
	Conformación del equipo de Gestión de Auditoria y Comité de Auditoria del HCLLH 2017	Acta / RD	1	1					Acta	1	**0**				
	Inclusión de Actividades de planes de Auditoria en el Plan Anual Operativo del HCLLH	Gestión	1			1			Accion	1	**0**	0			
2.- Capacitar a auditores y/o profesionales de la salud en el marco normativo de auditoria	Curso de Auditoria	Personas	60			1		Capacitacion RR.H.H.	Personas	60	**5,000**	5,000			**Unidad de Docencia e Investigación** Comité de Auditoria y UGC
	Curso de GPC y metodologia AGREE	Personas	60		1				Personas	60	**5,000**	5,000			
	Asistencia tecnica en Auditoria a los servicios priorizados.	Acta	3		1	1	1	Gerstion Administrativa	Acta	3	**0**				Comité de Auditoria y Unidad de Gestion de la Calidad
	Difusión de Normatividad vigente en Auditoria,y GPC"	Documento	1	1					Documentos	1	**0**	0			
3.- Establecer Mecanismos de Control y Aseguramiento de la Calidad de Registro asistencial	Identificacion de servicios a auditar y coordinar con comité de auditoria los criterios a considerar,	Informe	1	1					Informe	1	**40**	40			Comité de Auditoria y UGC
	Programación y desarrollo de trabajo de campo de Auditorías de Calidad de Registro	Actividad	10	1	3	3	3		Actividad	10	**40**	40			
	Elaboracion el Informe con resultados de la auditoria de la calidad de registro	Informe	10	1	3	3	3		Informe	10	**40**	40			
4.- Priorizar el Proceso de Auditoria en las Áreas Criticas	Identificación de los servicos y casos especificos que seran auditados y coordinar con Comité de auditoria los criterios a considerar.	Informe/ Acta	1	1					Documento	1	**40**	40			Comité de Auditoria y UGC
	Desarrollo del trabajo de campo del Proceso de auditoria de la calidad ,proceso u caso en los servicos priorizados	Actividad	3		1	1	1		Actividad	3	**40**	40			
	Elaboracion el Informe con resultados de la auditoria de la calidad ,proceso o de caso	Informe	3		1	1	1		Informe	3	**40**	40			
5.- Coordinar Elaboración de GPC de las Patologías Más Frecuentes de Acuerdo a Normatividad Vigente y Monitorizar su Adherencia	Coordinar con los servicios y elaborar el Listado de las 10 GPC que el Hospital aprueba y reconoce con RD	Acta	1		1				Acta	1	**0**	0			Comité de Auditoria y UGC Jefes de Departamentos y Servicios
	Seguimiento del Comité de Auditoria,Unidad Gestión de la Calidad y Jefes de Departamentos y Servicios para Actualizacion de Guias de Práctica Clínica de las Patologías más Frecuentes.	Acta	3		1	1	1		Acta	3	**0**	0			
	Elaborar Lista de Verificacion de GPC priorizadas a medir adherencia.	Lista elaborada	1		1				Lista elaborada	1	**40**	40			

MATRIZ Nº 2

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS DE AUDITORIA 2017

DENOMINACIÓN: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE AUDITORIA: Mejorar el Desarrollo del Proceso de Auditoria del Establecimiento.

	META FÍSICA OPERATIVA							META FÍSICA PRESUPUESTAL			REQUERIMIENTO FINANCIERO (8)				UNIDAD (ES) ORGÁNICA (S) RESPONSABLE (S) (9)
	ACTIVIDADES OPERATIVAS (2)	UNIDAD DE MEDIDA (3)	CRONOGRAMA DE PROGRAMACION (4)					COMPONENTE DE LA EFP (5)	UNIDAD DE MEDIDA (6)	META PRESUPUESTARIA (7)	TOTAL	RO	RDR	OTROS *	
			META	I	II	III	IV								
	Medir Adherencia a GPC oficiales con Lista de verificacion aprobada.	Informe	2		1		1		Informe	2	**40**	40			
6.- Verificar y fortalecer el cumplimiento de implementación de recomendaciones de Informes de auditorias.	Consolidar las recomendaciones remitidas de las auditorias internas	Informe	3		1	1	1		Informe	3	**40**	40			Comité de Auditoria Y UGC
	Verificar el cumplimiento e implementacion de las recomendaciones,acciones preventivas y/o correctivas por los responsables .	Acta	3		1	1	1		Acta	3	**40**	40			
	Informar el NO cumplimiento de las recomendaciones,acciones preventivas u correctivas	Informe	2			1	1		Informe	2	**40**	40			
7.-Verificar Cumplimiento del Plan, Retroalimentar y Socializar los Resultados de Auditorías con los Usuarios Internos	Remitir los Informes trimestrales y Anual del plan de Auditoria a la Direccion del Hospital,asi como a MINSA	Informe	4	1	1	1	1		Informe	4	**40**				Comité de Auditoria Y UGC
	Reuniones Semestrales con los Profesionales que Intervienen en los Procesos Auditados en Coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad para la Retroalimentación sobre los Procesos de Auditoría Efectuados	Reuniones	2		1		1		Reuniones	2	**40**	40			
	Socializar a traves del Portal Institucional los Procesos de las Auditorías y el Monitoreo de los Indicadores	Documentos	2		1		1		Documentos	1	**0**	0			

PERU | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

MATRIZ N° 3

CRONOGRAMA DE AUDITORIAS DE REGISTRO, DE CALIDAD Y/O ADHERENCIA A GPC 2017

DENOMINACION: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MESES	TIPO DE AUDITORIA	SERVICIOS										
		Medicina Int	Ginecoobstetricia	Pediatria	Traumatologia	Oftalmologia	Cardiologia	Cirugia	Emerg Medicina	Emerg Ginecoobstetrica	Emerg Pediatrica	Emerg Cirugïa
Enero	Registro											
	Caso											
Febrero	Registro											
	Caso		x									
Marzo	Registro	x										
	Caso											
Abril	Registro			x								
	Caso											
Mayo	Registro				x							
	Adherencia GPC									x		
Junio	Registro					x						
	Adherencia GPC			x								
Julio	Registro						x					
	Caso											
Agosto	Registro							x				
	Adherencia GPC					x						
Setiembre	Registro								x			
	Caso		x									
Octubre	Registro									x		
	Adherencia GPC	x										
Noviembre	Registro										x	
	Caso											
Diciembre	Registro											x
	Caso											