

# GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO

## RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCION



# PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD 2023

### RESPONSABLES

- Med. David Coanqui Pacori.
- Lic Yanett Mamani Quispe.



QUILLABAMBA FEBRERO - 2023

## I. INTRODUCCION:

La Auditoría de la calidad de atención en salud es un mecanismo sistemático y continuo que constituye un elemento fundamental para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de atención de salud, previamente definida mediante guías y normas técnicas basadas en la evidencia, y la adopción de medidas tendientes a corregirlas desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, facilitando cambios hacia el desarrollo de la medicina basada en evidencias/ Información, dentro del marco ético-legal, buscando continuamente contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la Salud en la prestación de la atención en los establecimientos del sector Salud.

La Auditoría de la Calidad de Atención, en sus modalidades de registro y calidad de atención propiamente dicho, se inició con algunos procesos de auditoría, no se logró realizar el seguimiento a las propuestas y/o recomendaciones planteadas por los responsables de las micro redes.

Con respecto a la Auditoría de Caso, se reportó 02 casos de muerte materna, causa directa (retención placentaria -parto domiciliario) y accidente de tránsito, este segundo caso no tuvo atención en los servicios de salud. Las muertes maternas suscitadas pertenecen a la jurisdicción de las IPRESS Pachiri y Ccarco,

De las auditorías realizadas, son de calidad de atención con el objetivo de Evaluar la adherencia y cumplimiento de normativas de manejo de paciente y registro de Historia Clínica.

La N.T.S. N° 029-MINSA/DIGEPRES.V.02, Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, en el artículo 5, Disposiciones Generales, señala: “El objeto de la presente Norma Técnica de Salud es mejorar la atención de salud que se brinda en los establecimientos de Salud y Servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos.

En el artículo 5.4. “La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso”.

En ese entender, el presente Plan de Auditoría para el año 2023, se realiza con el fin de cumplir los enunciados citados líneas arriba, que nos permitirá programar las actividades de auditoría que se realizarán priorizando, el seguimiento continuo para la implementación de las recomendaciones a través de las acciones de mejora, en coordinación entre la oficina de Gestión de la Calidad y los establecimientos de salud, orientados a promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud”.



## II.-JUSTIFICACION:

Teniendo en consideración que una auditoria médica, es un proceso trascendental en la gestión de los servicios de salud, el presente documento esta basado en la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES -V.02 Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de atención en Salud, aprobada por la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, para su Implementación, en todos los establecimientos públicos y privados del Sistema de Salud del país, con la finalidad de obtener resultados óptimos en el cumplimiento de metas y de mejoras en el proceso de atención de salud, resultantes del trabajo de Auditoria, pues asegura que los procedimientos se cumplan mediante protocolos y se mantenga, o mejore, la calidad de los servicios.

Siendo la prioridad de la red de servicios de salud la Convencion, mejorar el grado de satisfacción de los usuarios; lo que hace necesario la institucionalidad de los Comités de Auditoría con normas pre-establecidas, respaldado por las autoridades correspondientes, para la consecución del objetivo común, que es mejorar el desempeño de los Profesionales de la Salud en los procesos de atención, a través del ejercicio de la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, en sus Modalidades de Auditoria en Salud (Auditoria Programada, Auditoria de Registro y Auditoria de Caso (No programada).

Esperando de manera significativa la mejora de la calidad del servicio de salud, identificando las áreas críticas y proponer soluciones que favorezcan tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

## III.-FINALIDAD

Contribuir al mejoramiento de la prestación de los Servicios de Salud, orientados a brindar servicios de calidad para la satisfacción de los usuarios externos en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la RSSLC, así como, promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de salud, de acuerdo a la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de atención en salud.

## IV.-OBJETIVOS.

### ✓ OBJETIVO GENERAL:

Garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud, incidiendo en el desempeño del personal de las IPRESS de la jurisdicción de la Red de Servicios de Salud La Convención durante el año 2023.

### ✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar, analizar y evaluar los problemas en el proceso de atención que permita implementar acciones para la mejora continua de la calidad de atención en las IPRESS de la RSSLC de las recomendaciones establecidas en las

## V.- BASE LEGAL:

1. Ley No 26842, Ley General de Salud.
2. Ley No 27657, Ley del Ministerio de Salud.



3. Decreto Supremo No 023-2005-SA “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”.
4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA “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° 502 – 2016/ MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
7. Resolución Directoral N° 051-2005/DGSP que constituye el Comité Técnico de Auditoría en Salud.
8. Resolución Directoral N° 047-2006/DGSP que modifica el Comité Técnico de Auditoría en Salud.

## VI. AMBITO DE APLICACIÓN. –

El presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención, será en los establecimientos de salud de Categoría 1-3 y 1-4 de la Red de Servicios de Salud La Convención, que hacen un total de 14 Establecimientos de Salud durante el año 2023.

## VII.- ANALISIS ESTRATEGICO.

En la Red de Servicios de Salud la convención se realiza auditoría de la calidad de atención, como una de las Líneas de Acción del proceso de Garantía y Mejora de la calidad. En ese marco se implementaron los Comités de Auditoría, tales como, el Comité de Auditoría en Salud Central, y los Comités de Auditoría, en los Establecimientos de Salud de Categoría 1-3 y 1-4. La auditoría en la Red, llegó a establecerse, como un indicador de gestión de calidad, lo cual permitió que en los últimos años la auditoría de la calidad de atención se entendiera como una herramienta de mejora del proceso de atención a través de la implementación de las recomendaciones que de ella derivan, las que permiten realizar cambios y mejoras para una adecuada atención del usuario externo, disminuyendo así, los riesgos en el trabajo del usuario interno.

### 7.1.-ANALISIS FODA. -

#### FORTALEZAS

- Se cuenta con Comités de Auditoría de la Calidad en Salud reconocidos con Resolución Directoral.
- Establecimientos de Salud de la RSSLC, cuenta con profesionales de la salud capacitados en Auditoría de la Calidad de Atención.
- Se cuenta con el apoyo de la Dirección Ejecutiva.

#### ..OPORTUNIDADES

- Existencia de normativa para auditoría de la calidad de atención, actualizada.
- Normatividad vigente en auditoría que permite obligatoriamente 6 horas semanales para la realización de las actividades de auditoría.
- La realización de las auditorías, se encuentra establecido en la programación de turnos del personal de los establecimientos de salud, que facilita el cumplimiento.



- Priorización de la auditoría por parte de las autoridades que conducen los Establecimientos de Salud de la RSSLC

#### ..DEBILIDADES.

- Carga laboral acumulada para los miembros de los equipos que realizan las auditorías, debilita el cumplimiento de las metas establecidas respecto al número de auditorías que deben realizar, ni los plazos establecidos
- En la Red y en los establecimientos de salud, no se cuenta con médicos auditores con registro, que contribuyan en un mejor desempeño en la gestión de la auditoría y cumplimiento de las recomendaciones.
- Falta optimización en la mejora continua basada en el cumplimiento de las recomendaciones establecidas en las auditorías.
- personal de salud en permanente rotación, no permitiendo la continuidad del trabajo
- Insuficiente seguimiento para el cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías en forma presencial.
- La implementación de las recomendaciones de las auditorías, aún se encuentran en un bajo nivel de cumplimiento.

#### ..AMENAZAS.

- Inadecuada interpretación de los fines de la auditoría considerándola de carácter punitivo
- Insuficientes recursos financieros destinados en general a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Las inconsistencias en el registro de la Historia Clínica, persiste, al parecer debido a la falta de interés de algunos profesionales en mejorar, el registro de la H. Cl. durante la atención.

#### 7.2 ESTRATEGIAS.

1. Programación de las actividades del Comité de Auditoría de Red de Servicios de Salud La Convención, oportunamente y de acuerdo con las Normas Técnicas Vigentes.
2. Difusión y socialización de las normas técnicas de auditoría, y gestión de las mismas para mejorar el desempeño de los Equipos de Auditoría.
3. Seguimiento a la Implementación de las recomendaciones establecidas por el equipo en las auditorías realizadas.
4. Lograr el apoyo, y compromiso de los Jefes de Establecimientos de Salud, para el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones establecidas en la auditoría.
5. Difusión y socialización de la Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica, a fin de mejorar los procedimientos durante la auditoría.
6. Monitoreo efectivo de la implementación de las recomendaciones de las auditorías en salud y de caso, en los establecimientos de salud intervenidos, para lograr la mejora de la calidad de atención.
7. Realización oportuna de las Auditorías de Caso, así, como la implementación inmediata de las recomendaciones.



### VIII.- DEFINICIONES OPERACIONALES. –

**AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.** -Es el proceso sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Consiste en 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 Auditoria de la Calidad de Atención en Salud”.

**AUDITORÍA PROGRAMADA:** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace la Red de Servicios de Salud La Convención, para auditar atenciones realizadas por los Establecimientos de Salud de la entidad. Están incluidas en el Plan Anual.

**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 objeto 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.

**AUDITORÍA EN SALUD.** - Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, sobre todo el proceso de atención realizado 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 Auditoria de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada, la RSSLC, lo realizan los Comités de Auditoría de los Establecimientos de Salud de Categoría 1-3 y 1-4.

**AUDITORÍA DECASO.** -Tipo de Auditoria 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 la 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. Se debe realizar a través de una metodología establecida

**INFORME DE AUDITORIA DE CASO.** -Es el documento que contiene los resultados de la Auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la Auditoría realizada al nivel inmediato superior correspondiente, para el análisis, monitoreo, de la implementación de las recomendaciones previa elaboración de un Plan de Mejora.

**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.

**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 cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma

para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

**EVIDENCIA LA UDITORIA.** -Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.

**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 (HC) la fuente por excelencia. Además, se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.** -Son documentos que contienen las Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente a cerca 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.

**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 que en este último caso, constituyen las oportunidades de mejora.

**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.

**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.

**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.



**MÉDICO TRATANTE.**- Es el profesional médico que maneja el problema del paciente. Conduce el diagnóstico y tratamiento en el establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquella 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.

**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 comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad de establecimiento o su equivalente

**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 a las propuestas planteadas.

**RIESGO.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

**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.

**SUMILLA.-** Título que resume el hallazgo. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.

#### **IX. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA REALIZAR AUDITORIAS**

- **Auditoría en Salud.** (Programadas) Las que incluirá todas las estrategias sanitarias, priorizando, Infecciones Respiratorias graves en niños menores de 1 año y adultos mayores.
- **Auditorías de Registro.** Para lo cual se establecerá, una muestra por cada establecimiento de salud en cada trimestre.
- **Auditorías de Caso.** Incluirá, todos aquellos casos de Mortalidad materno perinatal, reingresos por el mismo diagnóstico, eventos adversos por medicamentos y vacunas, Infecciones Atribuidas a la Atención en Salud (IAAS).

#### **X.- DE LOS PLAZOS PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD.-**

1. Las Auditoría Programadas deberán realizarse dentro de los tiempos planificados, no debiendo exceder en ningún caso de veinte (20) días hábiles.
2. Las Auditorías de Caso no podrán exceder los siguientes plazos, según corresponda: diez (10) días hábiles cuando se trate de una Auditoría Interna, y quince (15) días hábiles cuando se trate de una Auditoría Externa.
3. Cuando el Informe Final de una Auditoría de Caso sea rechazado, el Comité dispondrá de cinco (05) días hábiles adicionales, por única vez, para reformularlo. El Comité responsable de realizar una Auditoría Dirimente, dispondrá de quince (15) días hábiles para emitir y presentar su Informe Final sobre la Auditoría de Caso que lo convoca.
4. Los miembros de los Comités, incluidos los Equipos de Auditorías Adscritos a dichos comités, son responsables del escrupuloso cumplimiento de los plazos establecidos.
6. Los plazos establecidos se cuentan a partir del Acta de Instalación del Comité de Auditoría; dicho Comité para proceder a la instalación deberá tener a su disposición la Historia Clínica correspondiente o la copia fedatada y completa de la misma.
7. La Dirección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, y el responsable de la Unidad Orgánica a cargo de la Gestión de la Calidad, son



responsables de entregar la Historia Clínica, o copia fedatada y completa de la misma, al Comité de Auditoría correspondiente, dentro de las (48) horas de dispuesta la Auditoría de Caso.

8. La Dirección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, o la Autoridad de Salud Nacional o Regional, según corresponda, podrá disponer que la Auditoría de Caso se realice de manera sumaria, en un plazo que no exceda los siete (07) días hábiles, especialmente en los incidentes clínicos que impliquen un riesgo potencial o de un grave impacto en la Salud Pública.

#### XI- DE LA ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE LA UDITORIA DE LA CLIDAD.

El Informe Final de la Auditoría de la Calidad que se presenta a la Dirección del Establecimiento de Salud tendrá la siguiente estructura:

1. ENCABEZADO
2. ANTECEDENTES
3. ORIGEN DE LA AUDITORÍA
4. TIPO DE AUDITORÍA
5. ALCANCE DE LA AUDITORÍA
6. METODOLOGÍA
7. INFORMACIÓN CLÍNICA
8. HALLAZGOS
9. CONCLUSIONES
10. RECOMENDACIONES
11. FIRMAS
12. ANEXOS

- **ENCABEZADO** contiene la consignación básica que identifica el informe, su destino, su origen y el asunto que lo motiva. Comprende:
  - El Número del Informe Final y la codificación de la Auditoría; numeración correlativa, única e intransferible que lleva el Comité de Auditoría correspondiente del Establecimiento de Salud.
  - El Destinatario, corresponde al Director del establecimiento de salud.
  - El Remitente, corresponde a la denominación del Comité de Auditoría que presenta el Informe Final.
  - El Asunto, corresponde a la Auditoría de la Calidad de la Atención brindada al paciente identificado/a con un código (en resguardo de la confidencialidad), nombre del(de) los servicio(s) asistencial(es), código de RENIPRESS y categoría del establecimiento de salud, donde se brindó la atención a (la) paciente, y el número de Historia Clínica.
  - Referencia, corresponde al documento que le da origen, especialmente si se trata de una Auditoría de Caso.
- Fecha del Informe, que debe ser aquella en la que se concluye e idealmente la misma en que se presenta los resultados de la Auditoría de la Calidad.
- **ANTECEDENTES:** Relato cronológico de los hechos que dan origen a la realización de la auditoría (la atención brindada, auditorías anteriores del caso y otros).
- **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, del juez o autoridad competente).



- **TIPO DE AUDITORÍA:** Clasificada según lo dispuesto en la presente NTS.
- **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada a/l/a paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx)
- **METODOLOGÍA:** La metodología recomendada por la presente norma es:
  - Reconstrucción documentada de los hechos y su cronología.
  - Análisis de la información disponible.
  - Entrevistas y registro de declaraciones, (de ser necesario).
  - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (eventos adversos graves).
  - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud auditados, identificando los hallazgos y las no conformidades.
- **INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las prestaciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
- **HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades, identificadas al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:
  - Sumilla: Título de la No Conformidad.
  - Condición: Descripción narrativa de la No Conformidad
  - Criterio: Dispositivo legal, normativa u otra disposición que debe aplicarse para brindar una atención. Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos. Al término del desarrollo de cada hallazgo, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma, si corresponde; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.
- **CONCLUSIONES:** Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados así como también se señala al personal (mediante códigos) que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
- **RECOMENDACIONES (acción correctiva):** Describe las acciones de mejora a realizar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, para subsanar las causas de las no conformidades identificadas en la auditoría, entre otras. Toda recomendación debe señalar lo siguiente: Qué se debe realizar, quién lo va a realizar, y el plazo para realizarlo. También deben considerarse las oportunidades de mejora identificadas en la Auditoría, así como aquellas acciones o prácticas correctas identificadas, a fin que sean mantenidas o preservadas.





Gobierno  
Regional  
de Cusco

Gerencia  
Regional de  
Salud

Red de Servicios  
de Salud La  
Convención

Unidad de Gestión  
de Calidad



*"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"*

- **FIRMAS:** Registro al pie del Informe de los nombres y apellidos, sello y N° de colegio profesional y del Registro Nacional de Especialista, así como el Registro Nacional de Auditor, si fuera el caso, de los miembros del Comité de Auditoría que participaron en la auditoría.
- **ANEXOS:** Consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención. En la Auditoría de Caso se debe identificar debidamente al personal involucrado en el proceso de atención, información que será de conocimiento del jefe del Establecimiento de Salud.

## XII.- FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITES.

### 12.1 FUNCIONES DEL PRESIDENTE.-

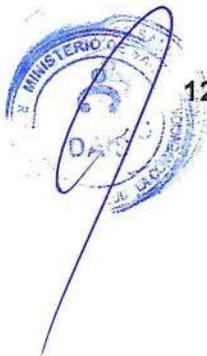
- a. Presidir el Comité.
- b. Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
- c. Asegurar que las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la presente NTS.
- d. Garantizar que los informes y el Informe Final cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en la presente norma.
- e. Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien a su vez lo elevará a la dirección del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, para que disponga la implementación de las recomendaciones.

### 12.2 FUNCIONES DEL SECRETARIO DE ACTAS.-

- a. Mantener actualizado los registros y archivos de las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud realizadas.
- b. Tener a su cargo la custodia y el registro del libro de actas del Comité.
- c. Velar por la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud.
- d. Velar por la organización, codificación y custodia de los papeles de trabajo que se generan en las auditorías.
- e. Otras que el (la) Presidente(a) del Comité de Auditoría le asigne.

### 12.3. FUNCIONES DEL VOCAL.-

- a. Contribuir a asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las Auditorías de la Calidad.
- b. Otras que el(a) Presidente(a) del Comité le asigne.



### **XIII.- CONFORMACION DE LOS COMITES DE AUDITORIA.**

#### **COMITÉ**

- Presidente M.C. David Coanqui Pacori
- Coordinador M.C. Guido Escobedo Sotomayor
- Secretario Lic. Enf. Yanett Mamani Quispe
- Integrante Lic. Enf. Matilde Quispe Yana
- Integrante Obst. Mirtha Chávez Palacios
- Integrante Abog. Welcher Quispe Mendoza

**COMITÉS DESCENTRALIZADOS.** Conformado por R.D. los comités en los EE.SS I-4 de la Red de Servicios de Salud La Convención

### **XIV.- ACTIVIDADES POR COMPONENTES.**

#### **COMPONENTE DE PLANIFICACION**

1. Elaboración del plan de auditoría de la Calidad de Atención en Salud de la RSSLC y aprobación por Resolución Directoral.
2. Elaboración del plan de auditoría de la Calidad de Atención en Salud de los Establecimientos de Salud de la RSSLC
3. Aprobación y consolidación del contenido de los planes de auditoría de la calidad de atención de los Establecimientos de Salud de la RSSLC

#### **COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN**

1. Conformación y oficialización de Comité de Auditoría de la calidad de atención en salud de la Red y Micro redes.
2. Conformación de comité de Auditoría Médica en Red.
3. Conformación de comité de auditoría en salud en Establecimientos de Salud de la RSSLC
4. Consolidado de los comités de auditoría de la calidad de atención de los órganos de los órganos desconcentrados del ámbito de la Red.
5. Elaboración del directorio de los comités de auditoría de la calidad de atención de los órganos de los órganos desconcentrados del ámbito de la Red.

#### **COMPONENTE DE CAPACITACION**

1. Capacitación descentralizada mediante Cursos Taller, a los integrantes de los comités de auditoría de la calidad de atención de Microredes del ámbito de la RSSLC.
2. Acceso a información actualizada en temas de auditoría mediante el portal web de la Red.
3. Asistencia Técnica descentralizada y presencial en auditoría de la calidad de atención a Microredes.



4. Asistencia técnica virtual a los comités de auditoría en los procesos de auditoría programadas y no programadas de mayor complejidad.

#### **COMPONENTE DE EJECUSION**

Auditoria en Salud.- Lo realizará Cada establecimiento en Salud, (programada)

#### **COMPONENTE DE MONITOREO**

1. Monitoreo trimestral en gabinete del avance de la implementación de los planes de auditoría de los órganos desconcentrados del ámbito de la Red.
2. Monitoreo trimestral en gabinete de la implementación de las recomendaciones a cargo de las oficinas de calidad de los Órganos Desconcentrados, del ámbito de la Red.

#### **COMPONENTE DE ARTICULACION**

1. Implementación de Planes de mejora a partir de las recomendaciones establecidas en los Informes de Auditoría realizadas en los Establecimientos de Salud.

#### **COMPONENTE DE EVALUACION**

1. Evaluación trimestral de implementación de los planes de auditoría de los órganos desconcentrados del ámbito de la Red.
2. Evaluación mensual de la calidad y metodología del contenido de los informes de auditorías
3. Evaluación de la calidad y metodología del contenido de los informes de auditorías de caso, al ocurrir el incidente.
4. Evaluación trimestral de implementación de recomendaciones de auditorías de la calidad de atención de los órganos desconcentrados del ámbito de la Red.

#### **X.- PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**

*Fte. Elaboración de equipo-calidad.*



## XI.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. DECRETO No. 2309 DE 2,002 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia
2. Decreto Supremo N° 014-2002-SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
3. RM N° 769-2004/MINSA, "Norma Técnica: Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
4. MTS N° 029-MINSA-DGSP-V.02, Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
5. RM N° 776-2004/MINSA, que aprueba la NTS N°022-MINSA-DGSP-V.02 "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado"
6. Auditoría Médica Clásica y Moderna. AracamaZorraquin- Ardigó. Edit. Dunken. 2001
7. La Gestión de Servicios de Salud. J. M. Corella. Edit. Díaz de Santos. Madrid. 1996
8. Decreto Supremo N° 013-2006-SA "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
9. Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
10. Resolución Ministerial N° 502 – 2016/ MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
11. Resolución Directoral N° 051-2005/DGSP que constituye el Comité Técnico de Auditoría en Salud.
12. Resolución Directoral N° 047-2006/DGSP que modifica el Comité Técnico de Auditoría en Salud

Atentamente.

Equipo de Calidad-RSSCN



  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD LA CONVENCION  
David Coanqui Pacori  
CMP. 49914  
DAIS