

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EXP. N° 012-2021-181682



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 309 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 31 de marzo de 2021.

VISTO: Memorando N° 824-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, de fecha 09 de marzo del 2021; Nota Informativa N° 027-2021-DIRESA-OGESS-AM/DGP, de fecha 05 de marzo del 2021; y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N°26842, Ley General de la Salud, establece en su Título Preliminar, considerando II lo siguiente: *La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla*; es así que en su considerando VI precisa: "(...) 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, mediante Decreto Supremo N°013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objetivo es establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es competente en Salud de las personas; establece que el sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, a través de la Resolución Ministerial N°519-2006-MINSA, se aprobó el Documento técnico "Sistema de Gestión de Calidad en salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo";

Que, mediante Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, se aprobó la Norma Técnica – NT N°029-MINSA /DGSP-V02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud", cuyo objetivo general es " Establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos"; y, como objetivos específicos, entre otros: "Actualizar el marco normativo de la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud";

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EXP. N° 012-2021-181682



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 309 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 31 de marzo de 2021.

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

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", que tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Nota Informativa N° 027-2021-DIRESA-OGESS-AM/DGP, con fecha de recepción 05 de marzo del 2021, el Director de Gestión Prestacional solicita al Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo; Aprobación con Acto Resolutivo del Plan Anual de Auditoría 2021 de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo;

Que, mediante Memorando N° 824-2021-DIRESA-OGESS-AM/D, con fecha de recepción 09 de marzo del 2021, el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo; autoriza al Jefe de la Oficina de Asesoría Legal la proyección del Acto Resolutivo de aprobación del Plan Anual de Auditoría 2021 de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico - administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas programadas, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Director de Gestión Prestacional;

Por las razones expuestas y con el visto bueno de la Dirección de Planificación Gestión Financiera y Administración, Jefe de la Oficina de Asesoría Legal; y el Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo en uso de sus atribuciones conferidas mediante Resolución Directoral Regional N° 508-2020-GRSM/DIRESA/DG, de fecha 19 de noviembre de 2020;

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EXP. N° 012-2021-181687



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

N° 309 -2021-DIRESA-OGESS-AM/D.

Moyobamba, 31 de marzo de 2021.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2021 DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO, el mismo que es anexo adjunto y forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOTIFÍQUESE, el presente acto resolutivo a las áreas correspondientes con el fin de dar cumplimiento a lo resuelto en la presente.

Regístrese, comuníquese y cúmplase;



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
U.E. 401 - SALUD ALTO MAYO - OGESS

M.C. Julio E. Alcántara Bengio
DIRECTOR

DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN

“PLAN ANUAL DE AUDITORIA” OGEES-AM 2021



*Dirección de Gestión Prestacional
Gestión de la calidad
ENERO 2021*

M.C JULIO EDMUNDO ALCANTARA RENGIFO

Director de la OGESS-AM

CPC. CARLOS S. CORTEZ ESPINOZA

Jefe de la unidad de Gestión Administrativa

OBSTA. ESTHER CELIZ CRUZ

Directora de gestión sanitaria

OBSTA. JOSE LUIS LIVIA AGUILAR

Director de Gestión Prestacional

LIC. ADM. JARDIEL PAREDES DEL AGUILA

Director de Recursos Humanos

LIC. ENF. GIANINNA DIAZ FLORES

Jefe de unidad Especializada

Intervenciones

Estratégicas - UEIE

OBSTA. ANA MARIA TELLO MUÑOZ

Jefe de la Unidad de Aseguramiento

MED.VET HILDEBRANDO SANDOVAL ZAMORA

Responsable de Salud Colectiva y Zoonosis

OBSTA. CINDAY JURNETH MOZOMBITE SALAZAR

Coordinadora de Gestión de la Calidad

OBSTA. CINDAY JURNETH MOZOMBITE SALAZAR

Coordinadora de PRONAHEBAS



INDICE

I.	INTRODUCCION.....	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVO	4
IV.	BASE LEGAL	5
V.	MISION	6
VI.	VISION.....	6
VII.	ORGANIZACION.....	6
VIII.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	7
IX.	ESTRATEGIA DE INTERVENCION.....	7
X.	DEFINICION OPERATIVAS.....	8
XI.	FINANCIAMIENTO.....	10
XII.	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES.....	10
XIII.	PRESUPUESTO.....	10
XIV.	ANEXO.....	10



I.- INTRODUCCION

La Auditoria de la calidad de la atención en salud identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, así mismo puede facilitar el cambio hacia una práctica de la medicina basada en evidencia mediante el uso de las guías de práctica de clínica y, al mismo tiempo busca encausar el manejo clínico dentro de un marco ético legal.

Las actividades de Auditoria en Calidad en atención de la Salud, están regidas dentro del marco del sistema de gestión de la calidad y la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, NT N°029-MINSA/DGSP-V01, aprobada mediante la R.M. N°474-2005/MINSA.

En nuestra Región se cuenta con recursos limitados, algunos servicios de salud con serias limitaciones para su funcionamiento y baja cobertura de los servicios de salud, existe la necesidad de brindar una atención de calidad que contribuya a disminuir la incidencia de mortalidad infantil y materna, así como el grado de insatisfacción de los usuarios del sistema de salud y las denuncias por presuntas negligencias médicas, lo que hace necesario alinear acciones, estrategias que establezcan la labor de Auditoria en Salud a través de un Plan de acciones con el objetivo común de mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en los procesos de atención que se dan en los diferentes establecimientos de salud. El presente plan consta de objetivos aplicables a nivel regional, hasta micro redes donde deben existir comités de auditorías de la calidad de la atención.

La propuesta de Auditoría en Salud parte del supuesto que sin una evaluación permanente del "¿qué se hace y el cómo se hace?" junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando; estos procesos no podrán ser conocidos y menos aún mejorados.

Auditoría de la Calidad de Atención en Salud tenga como objetivos finales: buscar la mayor eficiencia en todo orden de cosas, mejorar la calidad de las prestaciones, maximizar el rendimiento de la atención de salud y capacitar a los prestadores de los servicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas para las organizaciones encargadas del cuidado de la salud.



II.- FINALIDAD:

Mejorar la calidad de Atención mediante el uso de auditoria de la calidad como herramienta gerencial para la toma de decisiones.

III.- OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Actualizar el marco normativo de la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud.

Estandarizar los instrumentos para el procedimiento de auditoría de la calidad de la atención en salud.

Promover la auditoría de la calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en los servicios de salud que permita realizar procesos de mejora continua.

IV.- BASE LEGAL

- *Ley N° 26842, Ley General de Salud.*
- *Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.*
- *Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.*
- *Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.*
- *Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.*
- *Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.*
- *Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.*
- *Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.*
- *Decreto Legislativo N° 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.*
- *Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.*
- *Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.*
- *Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.*
- *Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.*
- *Decreto Supremo No 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.*
- *Decreto Supremo No 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud- PEAS.*
- *Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.*
- *Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.*
- *Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- *Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial*
- *No 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".*



- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial No 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".

V.- MISIÓN DE LA OGESS-AM

Somos una Institución modelo que brinda servicios de salud integral con calidad, equidad, eficiencia e interculturalidad mediante un trabajo concertado con los actores sociales y líderes comunales. Con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y medio ambiente para el desarrollo integral del Alto Mayo.

VI.- VISIÓN DE LA OGESS-AM

Ser una Institución rectora y líder con recurso humano comprometido con Micro Redes de Salud y Establecimientos de Salud docentes con capacidad resolutoria que brinda servicios de salud adecuados en forma integral con calidad, calidez, e interculturalidad, dando énfasis a la prevención y promoción, con el fin de mejorar el estado de salud de las personas, familias y comunidades para el desarrollo integral del Alto Mayo.

VII.- ORGANIZACIÓN:

En las organizaciones de Salud que cuenten con una Oficina de Calidad o la que haga sus veces, el/los Comité/s de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, se constituye/n en uno de sus componentes.

Los establecimientos contarán con un Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, quien propondrá la designación de los miembros del/ los Comité/s, según la complejidad de la organización de salud.

Asimismo, se podrá requerir el apoyo temporal de profesionales y/o especialistas de otras áreas dentro de una misma organización, para lo cual la instancia correspondiente dará las facilidades necesarias para asegurar la participación del/los convocado/s. De ser pertinentes, los resultados de sus labores se incluirán en el informe o como anexos al mismo.

El Coordinador y los integrantes del/ los Comité/s de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, deben reunir los requisitos establecidos en la presente norma.

El perfil establecido para el coordinador y el auditor de la calidad de atención en salud, será el siguiente:

- ✓ Título profesional universitario; colegiado, habilitado para el ejercicio de la profesión por su Colegio correspondiente; con experiencia profesional, la misma que será para el Coordinador y jefes o encargados principales de por lo menos cinco (5) años para las



organizaciones de Nivel III, de más de tres (3) para Nivel II; y de más de dos (2) para Nivel I.

- ✓ Para los miembros de los comités será como mínimo de: tres (3) años para las organizaciones de Nivel II dos (2) y de uno (1) para Nivel I.
- ✓ No tener antecedentes de sanción por algún proceso médico-administrativo o médico legal, en los que se haya evidenciado conducta dolosa.
- ✓ Acreditar haber realizado cursos de capacitación en Auditoría de la Calidad en Salud Médica, Administración de Servicios de Salud o Salud Pública, con un mínimo de 60 horas académicas.
- ✓ Tener experiencia en Auditoría; la misma que será de más de un año (1) para los Niveles I y II.
- ✓ Acreditar entrenamiento técnico permanente referido al ejercicio de la Auditoría. Acreditar buena salud física y mental.
- ✓ El Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, para el ejercicio de sus funciones debe contar con una organización interna, teniendo funcionalmente la siguiente estructura:
 - Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:
El que preside el Comité. De preferencia se tratará de personal nombrado.
 - Secretario/a de Actas, profesional de la salud nominado por el presidente. Es quien deberá tener el mayor número de horas programadas.
 - Vocales que pueden ser de carácter permanente o transitorio de acuerdo a las necesidades. Serán, los Jefes de Departamento y/o Servicio involucrados en la atención del paciente, así como los Médicos que se consideren pertinentes, teniendo en cuenta que no sean los involucrados en el caso investigado, todos ellos con derecho a voz y voto.
- ✓ El tiempo promedio que deberán dedicar a la Auditoría según las necesidades por lo menos deberá ser de:
 - 2 horas semanales para Hospitales de Nivel: I.
 - 4 horas semanales para Hospitales de Nivel: II

VIII.-AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan se aplicará en el hospital II-1 Moyobamba y Microrredes que comprende todos los servicios de salud ofrecidos al usuario de la OGGES-AM.

IX.- ESTRATEGIA DE INTERVENCION

Las estrategias para implementar el Plan Anual de Auditoría en calidad de atención en salud son los siguientes:

1. Involucrar y motivar al personal en la nueva fisiología, procesos, herramientas y técnicas necesarias para el cambio
2. Fortalecer al equipo de auditoría
3. Involucrar a los usuarios externos en el proceso de mejora continua de la calidad de los servicios de salud y en la vigilancia de la calidad en los servicios de salud.
4. Promover la investigación operativa que apoye la toma optima de decisiones en los servicios y la aplicación de sus actividades para el mejoramiento continuo.



5. Vigilar e informar la calidad de atención en los diferentes servicios de los establecimientos de salud.
6. Establecer mecanismos de incentivos para el personal de salud para que recompense el mejor desempeño del establecimiento.

X.- DEFINICIONES OPERATIVAS

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.

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.

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.

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.



- ✓ Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. - Equipo encargado de llevar a cabo las auditorías y está integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.
- ✓ Jefe del Comité Auditor de la Calidad de Atención en Salud. - Profesional de la Salud, médico o en caso de no existir, personal de otras profesiones afines, responsable principal del Comité de Auditoría.
- ✓ Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. - Profesional de la salud, médico, en caso de no existir personal de otras profesiones afines, responsable de la planificación, organización, ejecución, supervisión, evaluación y monitoreo del trabajo de auditoría de la calidad de atención en salud de la organización, y que forma parte del equipo de la Oficina de Calidad.

- ✓ Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial. - Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.
- ✓ Auditoría de Oficio. - Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos como:
 - Fallecidos con problema diagnóstico o sin diagnóstico definitivo
 - Reoperados
 - Hospitalizaciones prolongadas
 - Tasas de infecciones intrahospitalarias/ de mortalidad materna- perinatal.
 - Reingresos
 - Reconsultas.
 - Complicaciones anestésicas
 - Complicaciones quirúrgicas
 - Costos.
 - Tiempos de espera.
 - Quejas/ Reclamos.
 - Otros procesos y procedimientos que se consideren pertinentes.
- ✓ Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. - Es el documento en el cual se comunican al director del Establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditoría de la Calidad de Atención en Salud de acuerdo al modelo incluido en el Anexo N°2.
- ✓ Informe de Auditoría de casos. - Es el documento que contiene los resultados de la Auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la Auditoría realizada al director del Establecimiento.
- ✓ Auditoría Interna. - Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.
- ✓ Auditoría Externa. - La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.
- ✓ Sumilla. - Título que utiliza el hecho observado.
- ✓ Condición. - Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.
- ✓ Criterio. - Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.
- ✓ Causa. - Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.
- ✓ Efecto. - Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el evento hallado.
- ✓ Observación. - Referida a hechos o circunstancias significativos identificados durante la auditoría y que pueden motivar oportunidades de mejora.
- ✓ Conclusión. - Juicios de carácter profesional basados en los hechos resultantes de la evaluación realizada.



- ✓ Recomendaciones. - Constituyen las propuestas o sugerencias, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones que han sido evaluadas en relación a las prestaciones asistenciales.
- ✓ Papeles de Trabajo. - Registran el planeamiento, naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría aplicados por el auditor; los resultados y conclusiones extraídas de la evidencia obtenida. Se utilizan para controlar el progreso del trabajo y proveer evidencia del trabajo realizado para respaldar la opinión del auditor.

XI.- FINANCIAMIENTO

- Recursos Ordinarios
- Donaciones y transferencias
- Área mujer
- Área niño

XII.- PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

Nº	Actividad Presupuestal	Unid. De medida	Meta	Programación de Actividades			
				I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
1	Elaboración de Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención.	Plan con RD	1	1			
2	Monitoreo, seguimiento a Redes en Auditoría de la Calidad de Atención	Informe	1				1
3	Auditoría de la H.C. de caso por equipo auditor externo	Acta, Informe	3		1	1	1
4	Socialización de documentos técnicos en gestión de la calidad.	Plan, Informe	1	1			
5	Reunión técnica con los comités sectoriales de auditoría en la calidad	Acta	1			1	
	Seguimiento de la elaboración del Plan Anual de Auditoría en la calidad de atención.	Informe	9	9			
	Seguimiento en la conformación con RD de equipos de gestión de calidad.	RD (Copia)	9	9			



XIII.- PRESUPUESTO:

Nº	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	Unid. De medida	Meta	Programación de Actividades				Presupuesto
				I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
1	Elaboración de plan anual de Auditoría de la Calidad de Atención.	Plan con RD	1	0.00				S/.0.00
2	Monitoreo, seguimiento a los diferentes servicios de Auditoría en la Calidad de Atención.	Informe	1				150	S/.150
3	Auditoría de la H.C. de caso por equipo Auditor externo	Acta, Informe	3		150	150	150	S/.450

4	Socialización de documentos técnicos y normas técnicas de auditoria	Informe	1	300				S/.300
5	Reunión técnica con los comités sectoriales de auditoria en la calidad	Acta	1			150		S/.150
6	Seguimiento de la elaboración del Plan Anual de Auditoria en la calidad de atención.	Informe	9	300				S/.300
7	Seguimiento en la conformación con RD de los equipos de Auditoria de la calidad.	RD (copia)	9	0.00				S/.0.00
TOTAL								S/.1350

XIV.- ANEXO:

1.- Anexo N° 1: Modelo de Reporte de Auditoria de la Calidad de Atención.

2.- Anexo N° 2: Instrumento para realizar la Auditoría de Procesos.

ANEXO N°1: MODELO DE REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

A : Director del Hospital

De : Equipo Auditor

Asunto : AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO/AREA

Referencia :

Fecha del Reporte:

1. ANTECEDENTES:

Donde se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes que dan origen a la auditoría realizada.

2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

Indicar que documento originó la realización de la auditoria.

3. TIPO DE AUDITORÍA:

Auditoria de la Calidad de Atención de Salud.

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoria.

5. OBJETIVOS:

Describir.

6. METODOLOGÍA:

Descripción de la metodología seleccionada para la realización de la investigación.

6. RESULTADOS:



7. CONCLUSIONES:

8. RECOMENDACIONES:

Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas. Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los auditores que participaron.

ANEXO Nº 2: INSTRUMENTO PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE PROCESOS

FLUJOGRAMAS

DEFINICIONES:

Para construir los Flujogramas de Atención se requiere conocer la terminología a emplear:

Flujograma: Es la ilustración gráfica de un proceso

Proceso: Es un conjunto de actividades definidas, repetitivas y cuantificables que emplea un insumo, le agrega valor a esta y suministre un resultado útil para un cliente interno o externo.

Ejemplos:

La atención por consulta externa, cirugía de pacientes programados, atención de exámenes de laboratorio, entre otros.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente caen dentro de la definición de un proceso, puesto que previamente todos están definidos ya sea mediante un procedimiento administrativo en el caso de la consulta externa o un protocolo de atención para los casos de cirugías programadas y exámenes de laboratorio.

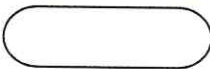
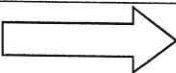
Son repetitivos puesto que el procedimiento administrativo o el protocolo de atención se realiza en todos los casos.

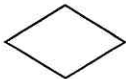
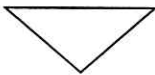
Finalmente son cuantificables puesto que cada uno de ellos se pueden contar. El número de personas que se atendieron por consulta externa, el número de pacientes programados para cirugía que fueron efectivamente operados y el número de exámenes de glucosa procesados.

SÍMBOLOGIA ESTANDAR:

Al ser el Flujograma una ilustración gráfica de un proceso, utilizará para su construcción un conjunto de símbolos estándares.

Los principales se describen a continuación:

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN	SE UTILIZA
	Inicio o Fin del Flujograma	Inicio para iniciar la construcción del flujograma y fin después de haber concluido de graficar
	Traslado o dirección de flujo	Para conectar dos símbolos dentro de un flujo.
		Para representar el proceso

	Proceso	propiamente dicho.
	Condicional	Cuando se encuentre ante dos posibles direcciones distinta una de otra.
	Documento	Para representar que se ha generado un documento.
	Archivo o almacenamiento	Cuando necesita archivar un documento o guardar una muestra.
	Conectar interno página	Cuando necesite conectar dos símbolos dentro de una misma página.

Primer Paso:

Indicar los datos generales como son la división, el departamento, servicio o área,
el nombre del proceso que será graficado y la fecha de término del Flujograma.
La
fecha será después de ser revisado por el responsable del proceso.

Segundo Paso:

Definir el inicio y fin del proceso. Es importante establecer límites a los procesos,
un ejemplo de ello sería que el proceso de atención por consulta externa
comienza
cuando el paciente viene con cita al servicio donde será atendido y finaliza
cuando
el paciente se retira del consultorio.

Tercer Paso:

Identificar a cada uno de las personas que intervienen en el proceso. Así se
tendrá
una idea de cuantas personas interviene en ese proceso. Para el caso de la
consulta externa intervienen tres personas, la recepcionista, la auxiliar de
enfermería y el médico tratante.

Cuarto Paso:

Identificar las áreas donde se realiza el proceso. Esto nos permitirá identificar por
cuantas distintas ambientes o áreas tienen que trasladarse el paciente, el
documento, la muestra para análisis, entre otros. En el ejemplo de la consulta
externa el paciente se trasladará por los ambientes de recepción, sala de espera
y
consultorio médico.



Quinto Paso:

Graficar el proceso utilizando los símbolos estándares previamente definidos.
Trate de construir el Flujograma de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, esto nos dará mayor facilidad para la lectura e interpretación.

Sexto Paso:

Indicar los nombres y apellidos de la persona que construye el Flujograma.

Séptimo Paso:

Después de construido el flujo tendrá que ser revisado por el responsable del proceso. Por lo general esta responsabilidad recae sobre del jefe de departamento o servicio.

Los estudios de tiempo y movimientos se realizan con el objetivo de determinar la carga laboral que se asignará a un determinado trabajador en función al tiempo estándar establecido para ello. Lo primero que se hace para estos casos es construir el diagrama de flujo o flujograma respectivo, en ella se podrán identificar todas las actividades que se están realizando.

Los estudios de racionalización de personal también tienen su inicio en la construcción de flujogramas con el objetivo de determinar cuántas personas deberán quedarse en un puesto de trabajo, el personal sobrante será reasignada a otra área o pasará a disposición de Recursos Humanos.

La construcción de flujogramas se hace con el objetivo de proponer mejoras a los procesos identificados como críticos y utilizar de manera apropiada los recursos asignados para su ejecución.

HOJA DE FLUJOGRAMA

Esta hoja facilitará el trabajo de construcción del flujo a graficar.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

Departamento:

Servicio / Área:

Proceso:

Fecha:

	¿Dónde se hace? El área o área o lugar indicado para realizar el proceso.
¿Quién lo hace? Es la persona encargada de realizar el proceso.	

DIRECCION REGIONAL DE SALUD SAN MARTIN
U.E. 401 SALUD ALTO MAYO
Obsta. Cinday J. Mazombite Salazar
Coordinadora Gestión de Calidad