



## **Resolución Directoral**

Santa Anita, 22 de Febrero del 2022

### **VISTO:**

El Expediente N° 22MP-00562-00, el cual contiene el Informe N° 013-OGC/HHV/2022 de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita aprobación del "Plan Anual de Auditoría de la Calidad-2022";

### **CONSIDERANDO:**

Que, mediante la Ley N° 30947, se aprueba la Ley de Salud Mental, cuyo artículo 1° tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en Salud Mental como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la Salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad;

Que, por Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", a fin de contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, por Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud en Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuyo 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 público, privados o mixtos";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo: "Establecer los principios, normas, metodología y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud", siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente;

Que, el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignados entre sus objetivos funcionales: "Asesorar en el desarrollo de la auto evaluación, el proceso de acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud" e "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios", entre otros;

Que, a través del documento de visto, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad-2022, teniendo como finalidad: "Garantizar el cumplimiento de los estándares de la calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán, para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción", y como objetivo general: "Mantener niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud del Hospital Hermilio Valdizán";



Que, mediante Informe N° 011-UPGI-OEPE-HHV-2022, del 17 de febrero del 2022, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión favorable al citado Plan, por cumplir con la estructura de los planes específicos según el numeral 6.6 de la Directiva Administrativa N° 280-MINSA /2019/OGPPM: Directiva Administrativa para la "Formulación, seguimiento y evaluación de los Planes Específicos de los Órganos, Unidades Órgánicas de la Administración Central, los Órganos Desconcentrados, Programa y Organismos Públicos Adscritos del MINSA", por lo que se hace necesario la emisión del respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.-** Aprobar el **PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD 2022**, el mismo que consta con doce (12) páginas y dos (02) anexos que adjuntos a la presente, formando parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.- DISPONER** que la Oficina de Gestión de la Calidad difunda e implemente el referido Plan, así mismo informará trimestralmente a la Dirección General sobre su desarrollo.

**Artículo 3°.- ENCARGAR** a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese y Publíquese,

**MINISTERIO DE SALUD**  
**Hospital Hermilio Valdizán**

.....  
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General (e)  
C.M.P N° 21499 R.N.E. 12799

GLCV.  
**DISTRIBUCIÓN**  
OGC  
OEI  
OAJ  
INTERESADOS

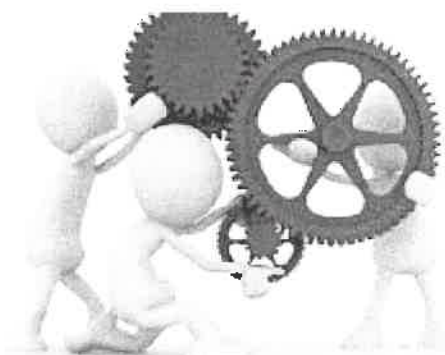


# *HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN*

✓

Oficina de Gestión de la  
Calidad

## PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD



2022



LIMA -PERU

11



## INDICE

		Pág
I	INTRODUCCIÓN	3
II	FINALIDAD	4
III	OBJETIVOS	4
	3.1 Objetivo General	4
	3.2 Objetivo Específicos	4
IV	ÁMBITO DE APLICACIÓN	4
V	BASE LEGAL	5
VI	CONTENIDO	6
	6.1 Aspectos Técnicos Conceptuales	6
	6.2 Descripción del problema	7
	6.3 Articulación Estratégica al POI	8
	6.4 Actividades	8
	6.5 Presupuesto y Fuentes de Financiamiento	10
	6.6 Organización para la ejecución del plan	11
	6.7 Acciones de Supervisión, Monitoreo y evaluación del plan	12
VII	ANEXOS	12
VIII	BIBLIOGRAFIA	12





## I. INTRODUCCION:

La auditoría es una herramienta de gestión de la calidad, así como una herramienta de gestión gerencial, orientada al mejoramiento de la calidad en los servicios que brinda el hospital. La auditoría es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y monitorización permanente del cumplimiento de estándares de calidad.

Cuando enfrentamos una cultura con mínima autocrítica, sobretodo en el ámbito médico y de la salud, cobra especial relevancia, buscar un método que permita una autoevaluación objetiva del acto médico, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de los manejos que realizan. Pero además, con una perspectiva más amplia e integral, propia de una época de aperturas y globalización, la labor asistencial no se ha limitado a la actuación del médico, no podían quedar apartados de ella, los demás miembros del equipo asistencial; con esta consideración, además de la Auditoría Médica, el plan incluye la Auditoría en Salud (involucrando a todos los profesionales de la salud).

El Hospital Hermilio Valdizán, comprometido con el cumplimiento de esos estándares de calidad, ejecuta cada año, a través de sus comités de auditoría médica y auditoría en salud, un Plan Anual de Auditoría de la Calidad.

El propósito del Plan Anual de Auditoría de la Calidad del Hospital Hermilio Valdizán es continuar vigilando el cumplimiento de los estándares de Calidad en Salud, de acuerdo a lo establecido en la "Norma técnica de Salud de AUDITORÍA de la calidad de la Atención en Salud"- NTS N°029-MINSA/DIGEPRES V.02, con el fin de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover así para el país, una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superando las evaluaciones superficiales e intrascendentes.





## II. FINALIDAD:

Garantizar el cumplimiento de los estándares de la calidad, desarrollando una cultura de autodisciplina y autoevaluación en el Hospital Hermilio Valdizán, para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

## III. OBJETIVO:

### Objetivo General:

- Mantener niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud del Hospital Hermilio Valdizán.

### Objetivos Específicos:

- Determinar la calidad de la atención en los servicios de Emergencia, Hospitalización, y Consulta externa del HHV.
- Proporcionar a los médicos y otros profesionales de la salud un instrumento de autoevaluación para contribuir en la superación profesional del mismo.
- Optimizar las atenciones de salud, mediante el cumplimiento de los estándares de calidad mediante la evaluación de la calidad de los registros de atención.
- Optimizar las atenciones de salud, mediante el cumplimiento de los estándares de calidad mediante la realización de auditorías programadas y auditorías de caso.



## IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud Mental, para el periodo 2022, es de aplicación a todos los Órganos y/o Unidades Orgánicas del Hospital Hermilio Valdizán.

**V. BASE LEGAL:**

La auditoría médica y la auditoría en salud, se encuentra dentro de un marco legal constituido por:

- ✓ Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- ✓ Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N° 27813, Ley de Sistemas Nacionales Coordinado y Descentralizado en Salud.
- ✓ Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública
- ✓ 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° 033- 2005- PCM, que aprueba el Reglamento de la ley del Código de Ética de la Función Pública.
- ✓ Decreto Supremo N° 005-90-SA, Aprueba el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ RM N° 519-2006/MINSA, Aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ R.M. N° 526-2011/MINSA, Aprueba el documento "Normas para la Elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud"
- ✓ R.M. N° 597-2006/MINSA, Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica"
- ✓ R.M. N° 456-2007/MINSA, Aprueba la NTSN° 022-MINSA/DGSP-V.02:"Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo.
- ✓ R.M. N° 502-2016/MINSA que aprueba la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".







## VI. CONTENIDO:

### 6.1 Aspectos técnico conceptuales

**Auditoría de la calidad de 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 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 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.

**Auditoría en salud.**- Tipo de auditoría de la calidad de atención sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto particular de la atención (de enfermería, obstetricia u otros), es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados o formados para realizar auditoría de la calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

**Auditoría programada.**- Tipo de auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el plan anual.

**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.







**Evaluación de la calidad de resgistro.-** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia clínica; incluye los registros médicos, de enfermería de obstetricia, de odontología, de tecnología médica y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la auditoria de gestión clínica.

**Acto Médico.-**Toda acción y disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

**Informe final de auditoria.-** Es un documento que se emite al término de la auditoria, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarios para su corrección.

**No conformidad.-**Incumplimiento de un criterio en auditoria.

**Sumilla.-** Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoria.

## 6.2 Descripción del problema

Durante el año 2021 las auditorias de caso y las auditorias programadas han demorado mucho tiempo en su ejecución (varios meses) y no se ha cumplido con todas las auditorias programadas según el plan. Esto es debido a lo siguiente: La oficina no cuenta con un Médico Auditor por lo que tenemos que solicitar ayuda a la Oficina del SIS que tiene Médicos Auditores. Además en la institución solo existe un solo Médico Auditor quien puede formar parte del Comité de Auditoria Médica y Auditoria en Salud.

Deficiente conocimiento de parte del personal sobre Auditoria de la Calidad por lo que como oficina se solicitó a la oficina de capacitaciones un curso de auditoria pero no ha sido considerado en el PDP de la institución. a pesar de haberse solicitado.





### 6.3. Articulación Estratégica al POI: (anexo 1)

Toda actividad que se realiza debe estar incluida en un producto, o actividad del POI de la institución.

### 6.4. Matriz de Actividades: (anexo 2)

Las actividades a cumplir, serán las que están establecidas en la NT N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA.

1. Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención 2022 (el Comité de Auditoría en Salud y el Comité de Auditoría Médica).
2. Instalación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención 2022.
3. Planeamiento.- Al inicio de cada trimestre, los Comités de auditoría de la calidad de atención establecerán los ajustes y priorizaciones necesarios que se usarán para elegir las historias clínicas que se auditarán.
4. Ejecución.- Corresponde al Comité de AUDITORÍA:
  - Se ejecutarán auditorías de la calidad de atención en los servicios de Consulta Externa del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte, del Departamento de Adicciones, del Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente, del Departamento de Salud Mental de la Familia, y del Centro de Rehabilitación de Ñaña; en los servicios de Hospitalización, del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte y del Departamento de Adicciones; y en el servicio de Emergencia.
  - Se ejecutarán evaluaciones de los registros asistenciales : Historias clínicas elaboradas en los servicios de Consulta Externa del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte, del Departamento de Adicciones, del Departamento de análisis y Modificación del Comportamiento, del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente, del Departamento de Salud Mental de la Familia, y del Centro de Rehabilitación de Ñaña; en los servicios de Hospitalización, del Departamento de Salud Mental de Adulto y Geronte y del Departamento de Adicciones; y en el servicio de Emergencia.





5. Elaboración del Informe Final que debe ser redactado de manera clara y concisa las No Conformidades así como las conclusiones y recomendaciones. Y elevar el informe a la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
6. Ejecutar capacitación dirigida a jefes de departamentos y servicios sobre auditoría de la calidad de la atención en salud.
7. Implementación de las Recomendaciones: Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Jefes o responsables de los Servicios o Áreas consignados. Acordar con los involucrados un plan de implementación de las recomendaciones, precisando objetivos, metas, plazos y responsabilidades.
8. Seguimiento de las Recomendaciones.- Esta etapa corresponde ser ejecutada por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad.
9. Adicionalmente, se ejecutarán las Auditorías de Caso que sean solicitadas y/o cumplan los criterios de la norma de auditoría. La Auditoría de Caso, es una Auditoría interna que debe ser dispuesto por la Dirección General y será solicitada a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, que derivará este requerimiento al Comité de Auditoría del Hospital que corresponda, para su realización.

#### **Criterios de selección y características de la muestra:**

Las Auditorías Programadas se realizarán en los siguientes casos:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Hospitalizaciones prolongadas en salas de hospitalización.
- Permanencia prolongada en sala de observación de emergencia.
- Paciente atendido en el servicio de emergencia (Prioridad I y II) en el mes de evaluación, que retornó al servicio de emergencia o fue hospitalizado, antes de su atención en consulta externa.
- Cuando un evento adverso se presente en forma frecuente.
- Tratamientos electroconvulsivos primarios
- Pacientes con tratamiento con Clozapina
- Evaluación de cumplimiento de psicoterapia en los casos indicados.



Para la evaluación de la calidad de los registros de atención se usarán criterios, según el servicio:



- Para los servicios de consulta externa, del total de historias clínicas que iniciaron su atención en dicho servicio, en el mes de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas.
- Para los servicios de hospitalización, del total de historias clínicas de los pacientes que egresaron en el mes de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas.
- Para el servicio emergencia, del total de historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en dicho servicio en el mes de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas

Las Auditorías de Caso deben realizarse, ante:

- Casos de Mortalidad
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas
- Eventos adversos en Tratamiento Electro Convulsivo (TEC): Complicaciones post aplicación de TEC.
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse Auditorías de Caso, cuando ocurre un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares.

## **6.5. Presupuesto y fuentes de financiamiento**

### **6.5.1 Los recursos materiales y/o insumos**

Recursos ordinarios

### **6.5.2 Requerimiento de Bienes y Servicios**

#### **Recursos Humanos**

Se requiere la contratación de por lo menos un Médico Auditor exclusivo para la Oficina de Gestión de la Calidad que realice las evaluaciones de la calidad de los registros de atención, las Auditorías programadas, las Auditorías de caso, la





adherencia a Guías de la Práctica Clínica. Además de realizar el seguimiento correspondiente.

También se requiere la contratación de un Médico Auditor que capacite al Comité de Auditoría Médica, al Comité de Auditoría en Salud y a todos los jefes asistenciales.

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	Servicios de capacitación	TOTAL
Médico Auditor		01		01
Médico Auditor capacitador			01	01

#### Recursos informáticos y equipo inmobiliario (con el que se cuenta)

ITE M	COD. PATRIMONIAL	DESCRIPCIÓN				
		DENOMI NACIÓN	MARCA	MODELO	ESTAD O	OBSERVACIONES
01	740880370036	Monitor a color	SAMSUNG	SyncMa ster SA 300	Malo	Es la computadora usada por jefatura Fue reparado en el mes de enero del 2021 NO cuenta con audio ni cámara para realizar reuniones zoom

#### Recursos por Adquirir

Nro	Bienes/Servicios	Clasificador	U.M.	Precio Unitario	Cantida d	Precio Total
01	Impresora laser	2.6. 3 2. 3 1			01	3000 soles
02	Monitor con procesador incorporado	2.6. 3 2. 3 1			01	6000 soles



#### 6.6 Organización para la ejecución del plan

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Auditoría 2022 Aprobar el Comité de Auditoría Médica Aprobar el Comité de Auditoría en Salud



<b>Oficina de Planeamiento Estratégico</b>	Ajuste presupuestal para la ejecución del plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros
<b>Oficina Ejecutiva de Administración</b>	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del plan de Auditoría 2022
<b>Oficina de Logística</b>	Cumplir en los tiempos establecidos para la adquisición de equipos para la ejecución del plan de Auditoría 2022
<b>Oficina de Gestión de la Calidad con su Equipo de Evaluadores Internos y el Equipo de Acreditación</b>	Por medio de su Médico Auditor ejecutará el plan de Auditoría 2022

### 6.7. Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

6.7.1 El monitoreo del presente plan estará a cargo del Médico Auditor

6.7.2 El Médico Auditor emitirá los informes de la evaluación de la calidad de los registros de atención, de las Auditorías Programadas, de las Auditorías de Caso, de la evaluación de la adherencia a GPC a la OGC y a las unidades orgánicas correspondientes. Además emitirá un informe trimestral sobre avances del eje de Auditoría.

### VII. ANEXOS:

Anexo 1: Articulación estratégica con el POI

Anexo 2: Matriz de actividades

### VIII. BIBLIOGRAFÍA

Detallada en la base legal.



  
Giovanna Zapata Coacalla  
Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta  
C.M.P. 36635 R.N.E. 23990



**ANEXO 1**

Formato 1 : MATRIZ DE ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO						
Unidad Organica		estructura programatica y operativa				
marco Estrategico						
Objetivo Estrategico Institucional del POI	Accion Estrategica	Actividad Operativa POI	categoria Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan
						Objetivo Especifico del Plan
OEI 04: Fortalecer la rectoria y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e integro en el marco de la modernización de la gestión pública	AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Acciones del sistema de gestión de la calidad	Acciones centrales	Sin producto	Gestión administrativa	Mantener niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud en el Hospital Hermilio Valdizán.
						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la calidad de la atención en los servicios de Emergencia, Hospitalización, y Consulta externa del HHV</li> <li>• Proporcionar a los médicos y otros profesionales de la salud un instrumento de autoevaluación para contribuir en la superación profesional del mismo</li> <li>• Optimizar las atenciones de salud, mediante el cumplimiento de los estándares de calidad mediante la evaluación de la calidad de los registros de atención</li> <li>• Optimizar las atenciones de salud, mediante el cumplimiento de los estándares de calidad mediante la realización de auditorías programadas y auditorías de caso.</li> </ul>





**ANEXO 2: MATRIZ DE ACTIVIDADES**

CAT PRES	PRO G PRES	PRO D	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD 2022-HHV												RESPONSABLE					
			ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT		OCT	NOV	DIC		
Acciones centrales		Sin producto	Actualizar la Conformación del Comité de Auditoría Médica	Memo	1	1												Oficina de Gestión de la Calidad		
			Actualizar la Conformación del Comité de Auditoría en Salud	Memo	1	1													Oficina de Gestión de la Calidad	
			Aprobación de la RD de los Comités de Auditoría de la Calidad de la atención 2022	RD	1	1													Dirección General	
			Aprobación con RD del Plan Anual de Auditoría 2022.	RD	1	1														Dirección General
			Capacitación en Auditoría de la Calidad de la Atención a profesionales	N° de Personas capacitadas	14							14								Oficina de Gestión de la Calidad
			Reunión de coordinación entre los miembros de los Comités y el equipo de la OGC	Acta de Reunión	4		1									1		Oficina de Gestión de la Calidad		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Hospital Herminio Valdizán

Realizar Auditorías de caso	Informe	02							1				1	Comité de Auditorías en Salud
Realizar Auditorías Programadas	Informe	04			1				1				1	Comité de Auditoría Médica
Realizar Evaluación de la Calidad de los Registros Asistenciales	Informe	120			10	10	10	10	10	10	10	10	10	Oficina de Gestión de la Calidad
Realizar el seguimiento e implementación de las recomendaciones	Informe	2							1				1	Oficina de Gestión de la Calidad
Realizar la evaluación de adherencia a GPC	Informe	2							1				1	Oficina de Gestión de la Calidad



Giovanna Zapata Coacalla  
 Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta  
 C.M.P. 36635 R.N.E. 23990

