



Nº 70 -2021-DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 05 de ABRIL de 2021

Visto; El Expediente con Registro DG N° 003985-2021 y el Memorando N° 281-2021-OGC/INSN; con el cual se hace llegar el "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de la Atención 2021"; remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 26842; Ley General de Salud, establece que 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, de conformidad con el Artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA; de fecha 04 de febrero del año 2010; la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para promover la mejora continua de Calidad los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, así mismo establece lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en salud orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, con Memorando N° 281-2021-OGC-INSN, de fecha 22 de marzo del año 2021, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Documento Técnico "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de la Atención 2021" del Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, con Memorando N° 345-2021-DG/INSN, de fecha 24 de marzo del año 2021, la Dirección General aprueba el plan en mención, por lo que dispone la proyección de la Resolución Directoral correspondiente;

Con la Visación de la Oficina de Gestión de la Calidad y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño, y;



De conformidad con lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, NTS de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado con Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoria de la Calidad de la Atención 2021", que consta de (18) Folios; y el cual forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en la página web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, comuníquese y publíquese



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Salud del Niño Breña

M.C. YSMAEL ALBERTO ROMERO GUZMAN
C.M.P. 27435 R.N.E. 14389
DIRECTOR GENERAL

**YARG/CLUD
DISTRIBUCIÓN:**

- () DG
- () OEI
- () OEA
- () OAJ
- () OGC
- () OP



DOCUMENTO TÉCNICO:

PLAN ANUAL DE

AUDITORIA DE LA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

2021

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA Y EN SALUD



INDICE

	PÁGINAS
I. INTRODUCCIÓN	3
II. FINALIDAD.....	3
III. OBJETIVOS	4
IV. MARCO LEGAL.....	4
V. AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
VI. ACTIVIDADES.....	5
VII. RECURSOS NECESARIOS.....	6
VIII. RESPONSABILIDADES.....	8
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	10
X. ANEXO.....	16



PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN 2021

I. INTRODUCCIÓN

Siendo necesario brindar una atención de calidad que contribuya a disminuir la alta tasa de mortalidad infantil, así como el grado de insatisfacción de los usuarios con el sistema de salud y las quejas y denuncias por presuntas negligencias médicas, se requiere alinear la labor de Auditoria de Calidad de la Atención en Salud con acciones preestablecidas a través de un plan de actividades consecuente con los objetivos de calidad de la institución.

El concepto de calidad de atención expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.

La auditoría médica se considera una instancia educadora más que punitiva, donde se intenta aprovechar las experiencias positivas y negativas introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramientos en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, familiares y de la institución. Así mismo, identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, facilitando el cambio hacia una práctica de la medicina basada en evidencias, mediante el uso de las guías de práctica clínica y al mismo tiempo busca encausar el manejo clínico dentro de un marco ético legal.

En este contexto, el Plan Anual de Auditoria de Calidad de Atención hace posible que se intervenga en la evaluación de procesos asistenciales en la institución, asesorar y proponer acciones correctivas y preventivas. Así mismo, los resultados obtenidos mediante los métodos e instrumentos utilizados en el proceso de Auditoria son entregados como informes de avances a la Dirección General, los mismos que nos irán reflejando el comportamiento de las variables objeto de evaluación y las recomendaciones emitidas en auditoria, los que intervendrán en la mejora de la calidad de atención, perfeccionándola y haciéndola sostenible en el tiempo.

El presente Plan ha tomado en cuenta los cambios descritos en la NTS N° 029-MINSA/DIGIPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoria de Calidad de la Atención en Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA del 15 de Julio del 2016.

II. FINALIDAD

El presente Plan de Auditoria tiene como finalidad, sistematizar, ordenar y programar las diversas actividades de auditoria para contribuir a mejorar la calidad de atención, mediante registro adecuado, aplicación correcta de los procedimientos, permitiendo que se lleven a cabo las actividades de manera fluida y generen resultados orientados hacia la mejora continua de los procesos de atención y que aporten valor a la Institución.

III. OBJETIVO GENERAL



Lograr mayor eficiencia y efectividad en el otorgamiento de la prestación de salud, vigilando que la calidad de atención que imparten los servicios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. ✓

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.1.1 Establecer la organización de los Comités de Auditoría de la Calidad (Comité de Auditoría Médica), así como los instrumentos y sus actividades para el periodo 2021. ✓
- 3.1.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del Comité de Auditoría en el Instituto Nacional del Niño. ✓
- 3.1.3 Mejorar la Calidad de Registro, monitorizando el cumplimiento del mismo mediante el desarrollo de auditorías programadas.
- 3.1.4 Mejorar la calidad de la atención, mediante el desarrollo de Auditorías programadas.
- 3.1.5 Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de las debilidades detectadas. ✓

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27815, Ley del código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806 Ley de transparencia y acceso a la información Pública.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N° 013-2006-MINSA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médico de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- R.M. N° 214-2018/MINSA, que aprueba Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- R.M. N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- R.M. N° 519-2006-SA/DM, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 727-2009-MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Políticas de Calidad en Salud.
- R.M. N° 502-2016-MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la en Salud".



V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Auditoria de Calidad de la Atención en Salud se realizará en el Instituto Nacional de Salud del Niño en las siguientes áreas:

1. Áreas críticas: Emergencia y UCI
2. Hospitalización
3. Consulta Externa
4. Centro quirúrgico
5. Departamento de Odontoestomatología pediátrica ✓

VI. ACTIVIDADES

6.1.1 Establecer la organización de los Comités de Auditoría de la Calidad (Comité de Auditoria Médica), así como los instrumentos y sus actividades para el periodo 2021.

- Elaborar el Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- Oficialización del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- Inclusión en el Plan Operativo Anual, las actividades de Auditoria de la Calidad en Salud.
- Socialización del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud en los Departamentos y/o Servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad: Comité de Auditoria Médica, Equipo Auditor Adscrito y Comité de Auditoria en Salud con respectivo registro de Auditor de ser el caso. Actualizados y aprobados con RD.
- Monitoreo de la ejecución del Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2021.

6.1.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del Comité de Auditoría en el Instituto Nacional del Niño para el periodo 2021.

- Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités de Auditoría, en Auditoria con enfoque en seguridad del paciente.
- Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités de Auditoría, en Norma Técnica de Salud N°139 MINSA/2018/DGAIN "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA"

6.1.3 Mejorar la Calidad de Registro, monitorizando el cumplimiento del mismo mediante el desarrollo de auditorías programadas.

- Realizar Auditoria de Registro en una muestra de Historias Clínicas de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos.
- Auditorias de Registro para verificar uso correcto y registro de los Consentimientos Informados Diferenciados.
- Retroalimentar con los resultados de la Auditoria de Calidad de Registro a los diferentes departamentos.



- Monitoreo periódico del cumplimiento de recomendaciones de las auditorías de registro realizadas.
- 6.1.4 Mejorar la calidad de la atención, mediante la evaluación del sistema gestión de la calidad.
- Evaluación de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica (Hospitalización Emergencia y Consulta Externa) realizadas por cada servicio y muestreo de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con Auditoría Concurrente.
 - Realizar auditoría de calidad de la Atención.
 - Monitoreo y apoyo técnico a los Comités de Auditoría Médica y en salud, en relación a las Auditorías de Calidad de Atención programadas y las Auditorías de caso.
 - Monitoreo y Seguimiento periódico del cumplimiento de recomendaciones de las Auditorías de Calidad de Atención realizadas.
 - Retroalimentar con los resultados de la Auditoría de Calidad de Atención en salud a los usuarios internos involucrados.
- 6.1.5 Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de las debilidades detectadas.
- Capacitación a los profesionales asistenciales (médicos, cirujanos dentistas, licenciados de enfermería) respecto a la Norma Técnica N° 139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", con énfasis en la Historia Clínica completa, formatos y consentimiento informado.
 - Reuniones periódicas con los profesionales que intervinieron en los procesos asistenciales auditados en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - Conversatorios clínicos patológicos.

VII. RECURSOS NECESARIOS.

7.1 Recursos Humanos.

- ✓ Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- ✓ Integrantes del Comités que dependen de la OGC.

7.2 Materiales

- ✓ Hojas Bond A4, para impresión/fotocopiado. Lápices 2B.
- ✓ Lapiceros color Azul y Rojo.
- ✓ Tableros acrílicos con sujetador.
- ✓ Tóner para impresora HP Laserjet 1022.
- ✓ Folders A4.
- ✓ Computadora
- ✓ Fotocopiadora

✓ Archivadores



7.3 Recursos Económicos. (Presupuesto)

BIENES	TOTAL DE PRESUPUESTO
Computadora (2)	s/. 2400
Fotocopiadora (1)	s/. 1000
Tóner para impresora HP Laserjet 1022 (3)	s/. 750
Hojas Bond A4 (2 MILLARES)	s/. 200
Archivadores (4)	s/. 100
Folders A4 (200)	s/. 100
Lapiceros color Azul y Rojo (3 CAJAS)	s/. 40
TOTAL	S/. 4590



VIII. RESPONSABILIDADES

8.1 Del Director del Instituto Nacional de Salud del Niño

- Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Designar al comité de auditoría con Resolución Directoral.
- Otorgar los recursos adecuados para la operatividad de los comités de auditoría y de los equipos de auditoría adscritos según los requerimientos del Presidente del Comité de Auditoría.
- Autorizar horas administrativas a los integrantes de los comités para realizar las auditorías de la calidad de atención en salud, un mínimo de seis horas semanales, pudiendo ser más si lo estima necesario según NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- Autorizar se proporcione los recursos necesarios para la capacitación de los profesionales de la salud del INSN, en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud según los requerimientos del Presidente del comité de auditoría.
- Tomar conocimiento de los informes de los comités de auditoría, así como disponer la implementación de las recomendaciones y sus respectivos planes de mitigación de riesgo.
- Disponer la ejecución de las acciones preventivas y correctivas según corresponda derivadas de las auditorías.

8.2 Del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

- Elevar el Informe Final de Auditoría al Director del INSN.
- Promover propuestas de mejora de acuerdo al análisis de los informes de auditoría.
- Proponer la conformación de los Comités de Auditoría Médica y en Salud.
- Promover y proponer la Capacitación continua del Comité de Auditoría.
- Designar a un Auditor Médico de la Oficina de Gestión de la Calidad para :
 - ✓ Evaluar y monitorizar el Plan Anual de Auditoría
 - ✓ Analizar la calidad y contenido del Informe de Auditoría; especial las referidas a las conclusiones y recomendaciones emitidas, en concordancia con los Anexos N° 2 y 3 según sea el caso, de la presente Norma técnica en salud NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
 - ✓ Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención programadas como en las Auditorías de Caso.



8.3 Del Presidente del Comité de Auditoría Médica/Comité de Auditoría en Salud.

- Presidir el Comité.
- Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
- Asegurar que las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la presente NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- Garantizar que los informes cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en la presente norma.
- Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad a la Oficina de Gestión de la Calidad, quien a su vez lo elevará a la Dirección General, para que disponga la implementación de las recomendaciones.
- Monitorear el cumplimiento de las actividades realizadas por los miembros del comité de auditoría bajo el marco normativo de la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02. y el Reglamento del comité de auditoría médica del INSN:

De los Miembros del Comité de Auditoría Médica y en Salud

- ✓ Participar en el planeamiento, organización, ejecución de las auditorías y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y de las Auditorías de Caso, según corresponda.
- ✓ Participar en la ejecución de las auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- ✓ Participar en la planificación, ejecución y elaboración del informe final de auditoría.

IX. CRONOGRAMA **Matriz Adjunta.**



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2021								
OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META CUMPLIMIENTO ANUAL	TRIMESTRES			RESPONSABLES
					1T	2T	3T 4T	
6.1.1 Establecer la organización de los Comités de Auditoria de la Calidad (Comité de Auditoria Médica), así como los instrumentos y sus actividades para el periodo 2021.	Elaborar el Plan Anual de Auditoria	INFORME DEL PLAN DE AUDITORIA	PLAN DE AUDITORIA 2021	1	X			OGC
	Oficialización del Plan de Auditoria	PLAN CON RD	RD	1	X			OGC
	Inclusión en el Plan Operativo Anual, las actividades de Auditoria de la Calidad en Salud.	PLAN CON RD	RD	1	X			OGC
	Socialización del Plan de Auditoria en los Departamentos y/o Servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño.	NUMERO DE SERVICIOS ASISTENCIALES QUE INCORPORAN EL PLAN DE AUDITORIA	Memorando	1	X			OGC



6.1.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del Comité de Auditoría en el Instituto Nacional del Niño para el periodo 2021.	Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad: Comité de Auditoría Médica, Equipo Auditor Adscrito y Comité de Auditoría en Salud con respectivo registro de Auditoría de ser el caso. Actualizados y aprobados con RD.	Lista del comité de Auditoría con RD	RD	1	X				OGC
	Monitoreo de la ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2020	Numero de informes emitidos	Informe Semestral (avances del Plan Anual de Auditoría).	2		X		X	OGC
	Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités de Auditoría, en Auditoría con enfoque en seguridad del paciente.	Lista de participantes de la capacitación	Informe / Lista de Participantes	1				X	OGC / Of. Personal
	Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités de Auditoría, en Norma Técnica de Salud N°139 MINSA/2018/DGAIN "NORMA TÉCNICA DE	Lista de participantes de la capacitación	Informe / Lista de Participantes	1				X	OGC / Of. Personal



	SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA								
6.1.3 Mejorar la Calidad de Registro, monitorizando el cumplimiento del mismo mediante el desarrollo de auditorías programadas.	Realizar Auditoria de Registro en una muestra de Historias Clínicas de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos.	Número de informes emitidos	Informe	2	X	X	OGC		
	Auditorias de Registro para verificar uso correcto y registro de los Consentimientos Informados Diferenciados.	Número de informes emitidos	Informe	2	X	X	OGC		
	Retroalimentar con los resultados de la Auditoria de Calidad de Registro a los diferentes departamentos.	Número de memorandos emitidos a los servicios involucrados	Memorando circular.	2	X	X	OGC		



	Monitoreo periódico del cumplimiento de recomendaciones de las auditorías de registro realizadas.	Número de recomendación implementadas en cada semestres	Informe	2		X	X	OGC
6.1.4 Mejorar la calidad de la atención, mediante la evaluación del	Evaluación de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica (Hospitalización Emergencia y Consulta Externa) realizadas por cada servicio y muestreo de la Oficina de Gestión de la Calidad.	Número de Guías de Práctica Clínica por cada servicio	Informes	2		X		OGC
	Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, con Auditoría Concurrente.	Número de informes emitidos	Informe	2		X	X	OGC
	Realizar auditoría de calidad de la Atención.	Número de informes emitidos	Informe	2		X	X	Cmte. Auditoria Médica (CAM)



sistema gestión de la calidad.	Monitoreo y apoyo técnico a los Comités de Auditoría en relación a las Auditorías de Calidad de Atención programadas y las Auditorías de caso.	Número de observaciones y/o sugerencias a los comités de auditoría	Informes	2	X	X	OGC
	Monitoreo y Seguimiento periódico del cumplimiento de recomendaciones de las Auditorías de Calidad de Atención realizadas.	Número de recomendaciones implementadas	Informe	2	X	X	OGC
	Retroalimentar con los resultados de la Auditoría de Calidad de Atención en salud a los usuarios internos involucrados	Número de informes emitidos con memorando a los servicios involucrados	Memorando	2	X	X	OGC



6.1.5 Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de las debilidades detectadas.	Capacitación a los profesionales asistenciales (médicos, cirujanos dentistas, licenciados de enfermería) respecto a la Norma Técnica N° 139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", con énfasis en la Historia Clínica completa, formatos y consentimiento informado.	Número de participantes en la capacitación	Informe	1				X	OGC / Of. Personal
	Reuniones periódicas con los profesionales que intervinieron en los procesos asistenciales auditados en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad.	Acta de reuniones	Libro de Actas	2			X	X	Comité Auditoria Médica
	Conversatorios clínicos patológicos.	Número de conversatorios/ número de asistentes	Lista de asistencia	1				x	Comité Auditoria Médica.



X. ANEXOS

LISTA DE VERIFICACION DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA

LISTA DE VERIFICACION DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

GUIA DE PRACTICA CLINICA:		
RESOLUCION DE APROBACION DE LA GUIA:		
SERVICIO ASISTENCIAL O ESPECIALIDAD:		
FECHA DE AUDITORIA:		
DIAGNOSTICO CIE 10:		
FECHA DE ATENCION:		Nº HCL:

Nº	CRITERIO	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NO APLICA	
1	Los Signos y Sintomas consignados están relacionados con la patología según la GPC				
2	El Diagnóstico Presuntivo/Definitivo de la patología es consistente con la Anamnesis y el Exámen Clínico, de acuerdo a la GCP				
3	Se establece el Plan de Trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, Interconsultas, etc.) acorde con el Diagnóstico según la GCP				
4	La terapéutica está acorde con el Diagnóstico y según la GCP				
5	Se registra las complicaciones y el manejo de la complicación de acuerdo a la GCP				
6	Se aplican los criterios de Alta, de acuerdo a la GCP				
7	Se realiza la Contrarreferencia oportuna y de acuerdo a la GCP				
	TOTAL				



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE ADHERENCIA A LA GUIA DE PRACTICA CLÍNICA

Se deberá llenar la Lista de Verificación de la Adherencia a la GPC, consignando los datos completos incluyendo el nombre del servicio o especialidad donde se realiza la verificación; fecha de la verificación, el número de la Historia Clínica y la resolución que aprueba la GPC a verificar.

1. Se revisará si los Signos y Síntomas consignados están relacionados con la patología o diagnóstico según la GPC.
2. Se verificará si el Diagnóstico de la patología es consistente con la Anamnesis y el examen Clínico, de acuerdo a la GPC.
3. Se verificará si se establece el Plan de trabajo (exámenes de laboratorio, imágenes, etc.) acorde a la patología según la GPC.
4. Se verificará si la Terapéutica está de acuerdo a la patología según GPC.
5. Se verificará si se aplican los Criterios de Alta de acuerdo a las GPC.
6. Se verificará si se registran las Complicaciones y el manejo se realiza de acuerdo a la GPC.
7. Se revisará, si se realizó la Contrarreferencia oportuna, de acuerdo a la GPC.

Respecto a los diferentes Ítems de respuesta, tener en cuenta:

CUMPLE:

- **SI:** Califica cuando el personal de salud que brinda la atención cumple con el criterio de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **NO:** Califica cuando el personal de salud no cumple con el criterio estandarizado de acuerdo a la Lista de Verificación.
- **NO APLICA:** Cuando algún criterio de la lista de Verificación no corresponde al aplicar el cumplimiento de la Adherencia a las GPC. Ejemplo: Para un paciente que aún está hospitalizado, el Criterio **5** y **7 No Aplican**, porque aún está en tratamiento y/o hospitalizado.

NO CONSIGNA: Cuando no se describe en la Historia el Diagnóstico, Tratamiento u otras acciones realizadas durante la realización de la atención del paciente y/o estas no fueron registradas de acuerdo a norma.

OBSERVACIONES: En este espacio se podrá describir el por qué no aplica el criterio evaluado o algún aspecto que sea necesario resaltar.

INDICADORES



1.- Porcentaje de adherencia a la GPC

Para aplicar a en una sola Historia Clínica:

$$\frac{\text{NUMERO DE CRITERIOS QUE SI CUMPLEN LA GPC}}{\text{NUMERO DE CRITERIOS QUE APLICAN DE ACUERDO A LA GPC}} \times 100$$

En el denominador no incluir los criterios que NO APLICAN

ESTANDAR MINIMO 80%

2.- Porcentaje de Historias Clínicas que cumplen el Estándar Mínimo de Adherencia en la Guía Clínica "X"

Al evaluar una muestra de Historias Clínicas, con iguales diagnósticos, se puede establecer el Porcentaje de Adherencia:

$$\frac{\text{NUMERO DE HC QUE CUMPLEN EL ESTANDAR MINIMO PARA LA GPC "X"}}{\text{NUMERO TOTAL DE HCL EVALUADAS CON LA GPC "X"}} \times 100$$

ESTANDAR 80%

3.- Porcentaje de Adherencia a la GPC por Criterio evaluado

Para evaluar la adherencia a un Criterio Específico en una muestra de Historias Clínicas:

$$\frac{\text{NUMERO DE HC QUE CUMPLEN EL CRITERIO "Y" PARA LA GPC "X"}}{\text{NUMERO TOTAL DE HCL EVALUADAS, CON LA GPC "X"}} \times 100$$

ESTANDAR 80%

*No considerar en el denominador las HC que No Aplican el Criterio evaluado.

Ejemplo: Para verificar si en los pacientes con diagnóstico de Neumonía se establece el Plan de Trabajo (Criterio 3), acorde a la GPC de Neumonía, se realiza un muestreo con 10 HC de la misma patología, con el siguiente resultado:

$$\frac{8 \text{ HC establecen el Plan de Trabajo acorde a la GPC de Neumonía}}{10 \text{ HC evaluadas que aplican el Criterio 3}} \times 100$$

Rpta: 80% de Adherencia al Plan de Trabajo según la GPC en pacientes con Neumonía.