

REPUBLICA DEL PERU



## RESOLUCION JEFATURAL

Surquillo, 02 de MARZO de 2020

## VISTOS:

El Informe N° 090-2020-OPE-OGPP/INEN de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Memorando N° 116-2020-OGPP/INEN de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 036-2020-DICON/INEN de la Dirección del Control del Cáncer y el Informe N° 0213-2020-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

## CONSIDERANDO:

Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, actualmente calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el diario oficial El Peruano, con fecha 11 de enero del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes órganos y unidades orgánicas;

Que, la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" aprobada por la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, 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", además contiene el Anexo N° 04 "Modelo del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención", que en concordancia con la Resolución Jefatural N° 236-2014-J-INEN "Guía para la elaboración de los planes de trabajo y los informes de seguimiento/monitoreo y evaluación" que en su Única Disposición Complementaria, señala que "En los casos en que los planes a elaborar tengan establecido el esquema de contenido por normatividad específica, se ceñirán a lo dispuesto en dichas normas", conforme se establece en el Informe N° 090-2020-OPE-OGPP/INEN, de fecha 20 de enero de 2020, del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud – 2020, se encuentran enmarcado dentro de lo establecido en las antes mencionadas disposiciones;

Que, en ese sentido, es de verse que el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2020, tiene como Finalidad: "Mejorar la calidad de atención en los servicios brindados por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por medio de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"; como Objetivo General: "Promover desde la perspectiva de la calidad, la mejora continua de los procesos y procedimientos de la atención de salud en los órganos y unidades orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, mediante la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud y como Objetivos Específicos:

“Fomentar la participación activa de los Comité de Auditoria Medica y Comité de Auditoria en Salud”; “Identificar no conformidades en los procesos de atención de la salud para la mejora continua”; “Promover el desarrollo de proyectos de mejora continua de las atenciones asistenciales en los diferentes servicios del INEN”; “Establecer un seguimiento de las recomendaciones brindadas a los diferentes servicios en los procesos de auditoria de la calidad y medica efectuadas por los comités”; “Mejorar la calidad de los registros asistenciales en las historias clínicas, mediante el desarrollo de Auditoria de Gestión Clínica”;

Que, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, en virtud al literal e) del artículo 29° del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, tiene como función, entre otras: “(...) Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el INEN, efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad, para promover la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente, con la participación activa del personal y proponer la incorporación del enfoque de calidad en el Plan Estratégico, Plan Operativo Institucional y planes de trabajo (...)”;

Que, mediante el Informe N° 0213-2020-OAJ/INEN, la Oficina de Asesoría Jurídica, opina a favor de la aprobación del Plan de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud – 2020, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;

Contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional, del Gerente General, de la Dirección de Control del Cáncer, de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, y;

Con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

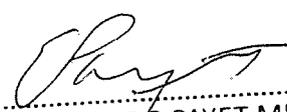
**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR,** el **PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2020**, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, el mismo que como anexo forma parte de la presente Resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- DISPONER,** que la implementación del precitado plan sea efectuada por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, bajo la supervisión de la Dirección de Control del Cáncer.

**ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR,** a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE.**

  
Dr. EDUARDO PAYET MEZA  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas

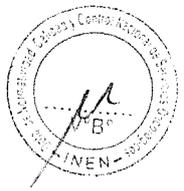


“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

## INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - INEN

### PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2020

COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA  
COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD



LIMA, PERÚ

2020



PERÚ

Sector  
Salud



**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

**Jefatura Institucional**

Mg. Eduardo Payet Meza

**Sub Jefe Institucional**

M.C. Gustavo Sarria Bardales

**Autores:**

**Comité de Auditoría Médica**

**Comité de Auditoría En Salud**

**Revisión y Aprobación:**

**Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de los Servicios Oncológicos**

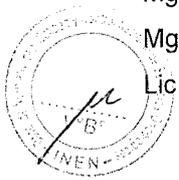
M.C. Odorico Iván Belzusarri Padilla

Mg. Susam Jennifer Delgado Delgado

Mg. Nathaly Del Carmen Cuellar Rentería

Mg. Silvia Esther Segura Zuloaga

Lic. Douglas Antonio Mayta Vivar

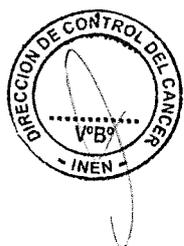
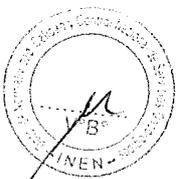




**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

**ÍNDICE**

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	FINALIDAD.....	5
III.	OBJETIVOS.....	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN .....	5
V.	BASE LEGAL .....	5
VI.	CONTENIDO.....	7
VII.	ACTIVIDADES.....	17
VIII.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	18
IX.	COMITÉS DE AUDITORÍA .....	20
X.	MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	21
XI.	ENLACE CON EL POI/PEI .....	23
XII.	PRESUPUESTO.....	23
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
XIV.	ANEXOS.....	24
	a. Cronograma de actividades .....	25
	b. Estructura del Informe Final de Auditoría (Programada) .....	29
	c. Estructura del Informe Final de Auditoría (de Caso) .....	30





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

## PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2020

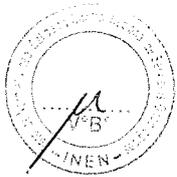
### I. INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental en nuestro país que está ligado a la vida, por ello, todo sistema de salud debe promover esfuerzos para el acceso universal y la búsqueda de la calidad de atención en los servicios brindados a los pacientes.

El Ministerio de Salud del Perú ha aprobado documentos normativos que establecen los procesos, instrumentos y metodologías para que los establecimientos de salud los desarrollen en el marco de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS) y la búsqueda de la mejora continua, uno de estos documentos es la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que será el principal referente normativo para el presente plan.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los mecanismos e instrumento para evaluar la atención de salud que se brinda a los usuarios desde la perspectiva de la calidad, forma parte del Componente de Garantía y Mejora del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (SGCS), tiene un mecanismo 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. Compara la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías, normas técnicas y documentos administrativos, así mismo identifica y analiza las no conformidades y recomienda las medidas correctivas en base a los resultados. Tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las prestaciones en nuestra institución y permite identificar oportunidades que conllevan a brindar a los usuarios externos una atención en salud de calidad, sin fines punitivos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, es una institución especializada en la atención integral oncológica y está comprometido a proteger los derechos de sus usuarios en salud, por lo que presenta el siguiente plan, donde se detallan las actividades programadas del Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud para el presente año.





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

- Decreto Supremo N°001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.
- Decreto Supremo N°002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administrativas de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N°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, se aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de Calidad”.
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, que aprueba el Documento Normativo “Normas para Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- Resolución Jefatural N° 675-2018-J/INEN, que aprueba el Plan de Gestión de la Calidad en Salud 2018-2019, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Resolución Jefatural N°162-2019-J/INEN, que aprueba la conformación del Comité de Auditoría Médica.
- Resolución Jefatural N°264-2019-J/INEN, que aprueba la conformación del Comité de Auditoría en Salud.





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

## II. FINALIDAD

Mejorar la calidad de atención en los servicios brindados por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por medio de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

## III. OBJETIVOS

### 1. Objetivo General:

Promover desde la perspectiva de la calidad, la mejora continua de los procesos y procedimientos de la atención de salud en los órganos y unidades orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas mediante la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

### 2. Objetivos Específicos:

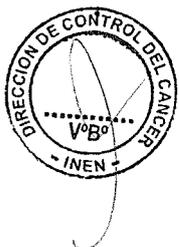
- Fomentar la participación activa de los Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.
- Identificar no conformidades en los procesos de atención de la salud para la mejora continua.
- Promover el desarrollo de proyectos de mejora continua de las atenciones asistenciales en los diferentes servicios del INEN.
- Establecer un seguimiento de las recomendaciones brindadas a los diferentes servicios en los procesos de auditoría de la calidad y medicas efectuadas por los comités.
- Mejorar la calidad de los registros asistenciales en las historias clínicas, mediante el desarrollo de Auditoría de Gestión Clínica.

## IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación en las diferentes Unidades Orgánicas de salud del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

## V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley N° 28748, por la cual se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de Los Servicios de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en 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-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

- **Auditoría Dirimente:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.
- **Auditoría de Gestión Clínica:** Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.
- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
- **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
- **Acto Médico:** Toda acción o 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.
- **Calidad de la 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.
- **Causa:** Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

## VI. CONTENIDO

### 6.1. Definiciones Operacionales

- **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. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.
- **Auditoría Interna:** Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.
- **Auditoría Externa:** Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
- **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.
- **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 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





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

- **Conclusión:** Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
- **Condición:** Descripción del hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
- **Criterio:** Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los hallazgos en una Auditoría de Caso.
- **Evaluación de Calidad del Registro:** 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 Auditoría de Gestión Clínica.
- **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 o cambio en el estilo de vida 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 de la Auditoría:** 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 documentos: Reglamento de Organización y Funciones, Manual de Organización y Funciones, normas internas, programación de personal, protocolos o guías de práctica clínica, libros de registros de atenciones médicas y/o quirúrgicas, libro de





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

sala de operaciones y otros de interés que contengan información relacionada al caso.

- **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 con los criterios de auditoría, u 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.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
- **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 respecto a las propuestas planteadas.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Sumilla:** Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoría.





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

**6.2. Responsabilidades de los Miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**

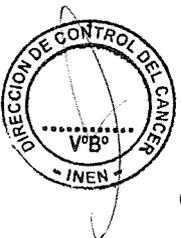
- **Presidente/a:** Es responsable de:
  - Presidir el Comité.
  - Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
  - Asegurar que las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la normativa vigente.
  - Garantizar que los informes y el Informe Final cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría.
  - Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.
  
- **Secretario/a de Actas:** Es responsable de:
  - Mantener actualizado los registros y archivos de las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud realizadas.
  - Tener a su cargo la custodia y el registro del libro de actas del Comité.
  - 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.
  - Velar por la organización, codificación y custodia de los papeles de trabajo que se generan en las auditorías.
  - Otras que el (la) Presidente(a) del Comité de Auditoría le asigne.
  
- **Vocal:** Es responsable de:
  - 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.
  - Otras que el (la) Presidente(a) del Comité le asigne.

Los Comités de Auditoría son los encargados de realizar las Auditorías de Caso, cuando son Auditorías Internas, ya sea que correspondan a una Auditoría en Salud o a una Auditoría Médica.

Ambos comités, para el ejercicio de sus actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, gozan de total libertad de criterio, basado en el conocimiento científico y tecnológico, no estando sujetos a presiones de ninguna naturaleza.

**6.3. Etapas de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud**

En la Auditoría de la Calidad se identifican las siguientes etapas:





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

6.3.1. **Planeamiento:** Corresponde al Comité de Auditoría definir los objetivos y alcance de la auditoría, para lo cual debe:

- a. Obtener información general del proceso y de la atención que se va a auditar, así como del servicio o unidad donde ésta se brindó (organización, funciones, normas, planes, programas y procesos de atención).
- b. Obtener información sobre auditorías anteriores en relación al caso.
- c. Definir los criterios de auditoría a utilizar (normativas, guías de práctica clínica, manuales, otros).
- d. Elaborar los documentos de trabajo (plan de trabajo, listas de chequeo y otros) en base a los criterios establecidos.
- e. Establecer el cronograma del plan de trabajo.

6.3.2. **Ejecución:** Corresponde al Comité de Auditoría cumplir las diferentes actividades que deben ser desarrolladas en forma secuencial, siendo las siguientes:

- a. Verificación de la información: Actividad de confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva del cumplimiento de los criterios establecidos; utilizando para ello, todos los medios e instrumentos que consideren pertinentes.
- b. Análisis y discusión: Revisión y evaluación de la historia clínica, de los registros y otros documentos relacionados con la auditoría a realizar; revisión y evaluación y análisis de los hallazgos. Con la información obtenida se elaborará una lista de No Conformidades y se sustentará con la evidencia encontrada.
- c. Comunicación de las no conformidades a los (las) auditados(as), en el caso de que se considere pertinente y con la finalidad de recoger la información correspondiente, en forma de descargo.
- d. En los casos de Auditorías Programadas, se podrá considerar realizar:
  - o Reunión de inicio: Actividad de presentación del Comité de Auditoría ante el servicio o unidad donde se brindó la atención que se va a auditar para informar los criterios a emplear, los objetivos, el alcance y el cronograma.
  - o Reunión final o de cierre: Discusión con los auditados respecto a los contenidos del informe de campo, presentando de forma objetiva los hallazgos, con la finalidad de hacerlo una oportunidad de mejora.

6.3.3. **Elaboración del Informe Final:** Corresponde al Comité de Auditoría:

- a. Redactar de manera clara y concisa las No Conformidades de la auditoría, así como las conclusiones y recomendaciones.
- b. Elevar el informe final al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, quien la remitirá a la Jefatura





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

- Pertinencia del plan de trabajo: exámenes de patología clínica, de diagnóstico por imágenes, interconsultas, referencias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Oportunidad de la atención.
- Adecuado manejo posterior al diagnóstico de acuerdo a evolución y resultado de los exámenes.
- Pertinencia del apoyo o intervención de otros profesionales o especialistas.
- Evaluación de la seguridad de la atención y reporte de eventos adversos hallados.

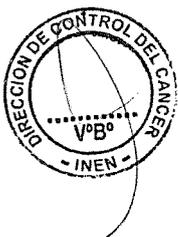
Esta metodología se aplica para las Auditorías programadas y para las Auditorías de Caso.

Las Auditorías Programadas pueden realizarse, entre otros, ante:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
- Reintervenciones quirúrgicas.
- Tiempos de espera prolongados.

Las Auditorías de Caso deben realizarse, entre otros, ante:

- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.
- Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse 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





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

Institucional, luego de verificar que cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.

- c. Documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior para la mejora de los procesos y procedimientos asistenciales, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.

**6.3.4. Implementación de las Recomendaciones:**

- a. Diseñar, aprobar y ejecutar un conjunto de acciones preventivas y/o correctivas orientadas a implementar las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría.

Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Jefes o responsables de los Servicios o Áreas consignados explícitamente en las recomendaciones del informe de Auditoría de la calidad de atención.

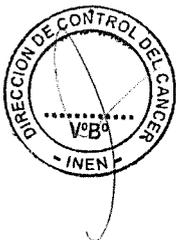
**6.3.5. Seguimiento de las Recomendaciones:** Comprende el monitoreo y la verificación del cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría de la Calidad de Atención. Esta etapa corresponde ser ejecutada por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, quien debe:

- a. Elaborar y mantener un registro de las recomendaciones formuladas en cada Informe de Auditoría (debe incluir: Número y fecha del Informe de Auditoría, Recomendación, el(los) responsable(s) de implementarlas, Plazos estrictos, Fecha de Seguimiento y Estado de la implementación).
- b. Acordar con los involucrados un plan de implementación de las recomendaciones, precisando objetivos, metas, plazos y responsabilidades.
- c. Solicitar por escrito al personal responsable encargado de implementar las recomendaciones, la documentación que sustente la situación en que se encuentra la implementación de las recomendaciones.
- d. Elaborar y presentar el informe de seguimiento a la Jefatura Institucional.
- e. De considerarlo necesario se deberá programar la realización de visitas para verificar la implementación de las recomendaciones.

**6.4. Metodología de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud**

Considera los siguientes aspectos:

- Concordancia de las prácticas sanitarias evaluadas con las mejores prácticas definidas, aceptadas y estandarizadas en disposiciones previamente establecidas (criterios) entre las que se encuentran las guías de práctica clínica o documentos normativos existentes.
- Coherencia entre anamnesis, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo.
- Congruencia entre diagnóstico y tratamiento.





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas

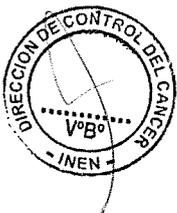


“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

## 6.5. Procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un incidente:

### Auditoría de Caso

- Cuando ocurre un incidente, independientemente de que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares, debe iniciarse una Auditoría de Caso, siempre como Auditoría Médica. Este procedimiento, una Auditoría Interna, debe ser dispuesto por la Jefatura Institucional.
- Cuando el Comité de Auditoría Médica tuviese elementos de juicio suficientes para presumir que el incidente, en una auditoría de caso, hubiese sido motivado por la participación de otros profesionales de la salud no médicos que participaron en la atención, podrán proponer que se realice una Auditoría en Salud en lugar de la Auditoría Médica.
- La Auditoría de Caso tiene por objeto evaluar y cautelar el respeto por los derechos del usuario o paciente, entre ellos, a recibir atención de calidad, identificando factores causales y contributivos sobre los cuales intervenir correctivamente para que eventos semejantes no vuelvan a ocurrir.
- Si la Autoridad Nacional de Salud (ANS) toma conocimiento del incidente, puede disponer que se inicie una Auditoría de Caso en el marco del procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud pudiendo realizarla:
  - El Comité del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Auditoría Interna)
  - El Comité de otro establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Auditoría Externa)
  - Un Comité especial (Auditoría Externa)
- Cuando proceda realizar una Auditoría de Caso, Jefatura Institucional, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas tiene la responsabilidad de proporcionar una copia foliada y fedateada o legalizada de la correspondiente historia clínica, completa, al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.
- Cuando la Auditoría Interna concluye, el Jefe Institucional, deberá disponer las acciones correctivas correspondientes.
- Jefe Institucional, además de disponer las acciones correctivas, elevará el Informe Final a la ANS, cuando haya sido dispuesta por ellos, en los plazos que establece la Norma Técnica de Salud: AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.O2.
- La ANS a través de la unidad orgánica correspondiente, determinará si la Auditoría de Caso y el Informe Final cumplen con los requisitos de calidad de la Auditoría. De ser así, dará por aceptadas las conclusiones. En caso de rechazarla, podrá:
  - Devolver el Informe para su revisión y reformulación, por única vez, o,





PERÚ

Sector  
Salud

INEN  
INSTITUTO NACIONAL  
DE ENFERMEDADES TUMORALES



**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

- Disponer una Auditoría Externa a cargo de otra IPRESS, o de un Comité Especial.
- La ANS podrá disponer, de manera excepcional, una Auditoría Dirimente si sobre un incidente hay una Auditoría Interna y una Auditoría Externa, o dos Auditorías Externas, que cumplen ambos los requisitos de calidad de la Auditoría, pero sus conclusiones no son coincidentes.
- La Auditoría Dirimente es una Auditoría Externa que realiza un Comité, convocado únicamente por la ANS.
- El Informe Final de la Auditoría de Caso del Procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un Incidente o evento adverso, podrá ser utilizado para las acciones administrativas que correspondan, si así lo dispone la Jefatura Institucional.
- En la auditoría de caso se debe identificar mediante el código al ordenar.
- El paciente puede solicitar una fotocopia del informe de Auditoría de Caso, en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, para los fines que estime pertinente.

**6.6. Requisitos de Calidad para evaluar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**

El Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos debe verificarse el cumplimiento de los siguientes requisitos de calidad de la Auditoría, que le dan la consistencia técnica al mismo. Estos requisitos son:

- Observa la estructura del Informe de Auditoría (Anexo N°2 y 3).
- El contenido del mismo está orientado siempre a la mejora continua de los procesos, no a acciones de carácter punitivo.
- En relación a los hallazgos y conclusiones:
  - Los hallazgos guardan coherencia con la(s) conclusión(es).
  - Cada conclusión deriva en una o más recomendaciones de mejora de los hallazgos.
- Cada recomendación consta de tres partes:
  - El cargo de la Autoridad a la que va dirigida.
  - Lo que se recomienda, precisando las acciones a seguir.
- El plazo que se otorga para el cumplimiento de la misma, con excepción de las actividades cuyos plazos están registrados en normas específicas. Este requisito implica que las conclusiones formuladas a partir de los hallazgos descritos, permiten corregir o mejorar los procesos vulnerables evidenciados por la auditoría de caso y además permiten evaluar el cumplimiento de las recomendaciones vertidas.





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

- El Informe será redactado de forma ordenada, en lenguaje sencillo y objetivo.
- El Informe será integral (audita todos los aspectos pertinentes sobre el incidente clínico).
- Utiliza todos los criterios de auditoría necesarios y pertinentes.

**VII. ACTIVIDADES A REALIZAR**

Las actividades y tareas programadas para el presente año, de acuerdo al Objetivo General y Objetivos Específicos son:

Objetivo N°01: Fortalecer las competencias de los Comités de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.

- Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud.
- Aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud por Jefatura Institucional.
- Socializar el del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud a las Direcciones Generales
- Programar y estimular la capacitación de los miembros del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.

Objetivo N°02: Identificar no conformidades en los procesos de atención para la mejora continua.

- Realizar Auditorías de la Calidad de Atención en Salud programadas en los Servicios, de manera inopinada.
- Realizar Auditorías de caso, según demanda.
- Realizar la evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica.

Objetivo N°03: Promover la mejora continua de las atenciones asistenciales en los diferentes servicios del INEN.

- Realizar Informes de Auditoría de la Calidad programadas.
- Realizar Informes de Auditoría de caso.
- Articular las auditorías con el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad.

Objetivo N°04: Establecer un seguimiento de las recomendaciones brindadas a los diferentes servicios en las auditorías realizadas.

- Elaborar y mantener un registro de las recomendaciones formuladas en cada Informe de Auditoría
- Informar el seguimiento de las acciones correctivas formuladas de las recomendaciones de auditoría.
- Visitas para verificar la implementación de las recomendaciones.





**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

Objetivo N°05: Mejorar la calidad de los registros asistenciales mediante el desarrollo de Auditoría de Gestión Clínica.

- Estandarizar formatos de Auditoría de Registro de Historia Clínica.
- Participar en la Auditoría de Gestión Clínica: Realizar la evaluación de calidad de registro de la Historia Clínica en el servicio de Consulta Externa.
- Participar en la Auditoría de Gestión Clínica: Realizar la evaluación de calidad de registro de la Historia Clínica en el servicio de Hospitalización.
- Participar en la Auditoría de Gestión Clínica: Realizar la evaluación de calidad de registro de la Historia Clínica en el servicio de Centro Quirúrgico.
- Participar en la Auditoría de Gestión Clínica: Realizar la evaluación de calidad de registro de la Historia Clínica en el servicio de Emergencia.
- Estandarizar formatos de Auditoría de Calidad de Procesos.
- Auditorías de Gestión Clínica: Realizar la Auditoría de Calidad de Procesos en el servicio de Emergencia.
- Estandarizar formatos de Auditoría de Registro de Enfermería.
- Asesorar en la Auditoría de Gestión Clínica: Realizar la Auditoría de Calidad de Registros de Enfermería.

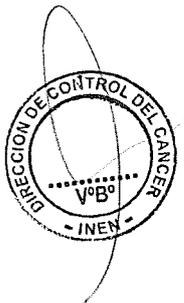
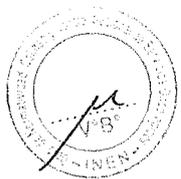
**VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS**

Para el cálculo de la muestra de las Auditorías de Calidad de la Adherencia de las Guías de Prácticas Clínicas (GPC), Auditorías de Gestión Clínica y Evaluación de Calidad del Registro se han tomado como referencias las historias clínicas de atenciones a los pacientes en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Centro Quirúrgico del INEN en el año 2018.

**Cuadro N° 01:** Atenciones en los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Centro Quirúrgico en el año 2018

SERVICIO	ATENCIONES
Consulta Externa	364 814
Hospitalización	19 990
Emergencia	9 745
Centro Quirúrgico	6 384
<b>TOTAL</b>	<b>400 933</b>

Fuente: Departamento de Estadística y Epidemiología del Cáncer – INEN 2018





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para Población Finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

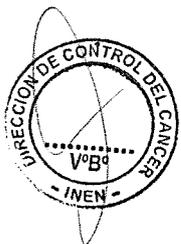
CÁLCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA		
n	Tamaño de muestra buscada	270
N	Tamaño de población o universo	400933
Z	Parámetro estadístico que depende el nivel de confianza	1.64
e	Error de estimación	0.05
p	Probabilidad de que ocurra el evento estudiando con éxito	0.05
q	(1-p) probabilidad de que no ocurra el evento.	0.95

Se estimó como nivel de confianza el 90% y valor Z= 1.64. Un error estimado de 5 %

Con este cálculo se obtiene una muestra anual de n= 270 historias clínicas entre los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y Centro Quirúrgico.

Cuadro N° 02: Distribución de Muestra por Mes

MES	HISTORIAS CLÍNICAS
Enero	22
Febrero	22
Marzo	22
Abril	22
Mayo	22
Junio	22





PERÚ

Sector  
Salud

INSTITUTO NACIONAL DE  
ONCOLOGÍA Y NEURORADIACIÓN



**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

MES	HISTORIAS CLÍNICAS
Julio	23
Agosto	23
Setiembre	23
Octubre	23
Noviembre	23
Diciembre	23
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>

Fuente: Cálculo del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos de acuerdo a la muestra anual 2018.

**IX. COMITÉS DE AUDITORÍA**

9.1. Comité de Auditoría Médica

DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO	REPRESENTANTE	CARGO
Dirección de Cirugía	Mg. Gabriela Guadalupe Calderón Valencia	Responsable del Equipo
Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	M.C. Carmen Sofía Armas Purilla	Secretaria de Actas
Dirección de Radioterapia	M.C. Alicia Milagros Ávalos Rosas	Vocal
Dirección de Medicina	M.C. Cristian Pacheco Román	Vocal
Dirección de Medicina	M.C. María Ynes Orcotuma Antay	Vocal

Resolución Jefatural N°162-2019-J/INEN

**\*\* El Comité de Auditoría Médica actualmente se encuentra en proceso de reconfirmación debido a la renuncia de cuatro (04) integrantes del comité de Auditoría Médica.**





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

OBJETIVO ESPECIFICO	DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	FORMA DE CALCULO	FUENTE	PERIODICIDAD
	Porcentaje de recomendaciones implementadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recomendaciones implementadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de recomendaciones emitidas en informes de auditoria}}$	Informe de implementación de recomendaciones	ANUAL
	Porcentaje de asistencias técnicas para la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ asistencias técnicas realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ asistencias técnicas programadas}}$	Actas de asistencia técnica	ANUAL





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



**“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”**

9.2. Comité de Auditoría en Salud

DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO	REPRESENTANTE	CARGO
Dirección de Radioterapia	M.C. Alicia Milagros Ávalos Rosas	Presidente
Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	MC. Juliana Rosana Villena Suarez	Secretaria de Actas
Dirección de Medicina	MC. María Orcotuma Antay	Vocal
Departamento de Enfermería	Mg. Vilma Díaz Ríos	Vocal

Resolución Jefatural N°264-2019-J/INEN

\*\* El Comité de Auditoría en Salud actualmente se encuentra en proceso de reconfiguración debido a la renuncia de tres (03) integrantes del comité de Auditoría en Salud.

X. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo de las actividades programadas en el presente plan estará a cargo del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos.

OBJETIVO ESPECIFICO	DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	FORMA DE CALCULO	FUENTE	PERIODICIDAD
Promover la mejora continua de las atenciones asistenciales en los diferentes servicios del INEN	Porcentaje de miembros del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud capacitados.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ miembros de los comités capacitados} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de miembros de los comités}}$	Lista de asistencia de capacitación	ANUAL
	Porcentaje de Auditorías programadas realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ auditorías realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ auditorías programadas}}$	Informe de Auditoría	ANUAL





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

XI. ENLACE CON POI/PEI

MATRIZ N° 3

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS DE LOS PLANES DE GESTIÓN CLÍNICA Y/O ADMINISTRATIVOS AÑO 2020

Periodo del PEI: 2019-2022

Nivel de Gobierno: Nacional

Sector: Salud

Pliego: 136 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Unidad Ejecutora: 001 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

OEI.05 MODERNIZAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

AEI.05.01 PROCESOS DE SISTEMAS INSTITUCIONALES EFICACES PARA EL INEN

PROGRAMACIÓN DE TAREAS OPERATIVAS 2020																
CÓDIGO	NOMBRE DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
				PROG												
AO.05.01.11	Gestión Administrativa															
AO.05.01.11.06	Gestión administrativa (Dpto. de Normatividad)	Informe	78	15	6	5	7	1	5	18	2	5	8	1	5	
AO.05.01.11.06.01	Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	Informe	78	15	6	5	7	1	5	18	2	5	8	1	5	
AO.05.01.11.06.01.01	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	Informe	4	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.01.01	Monitoreo del Plan de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	Informe	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.01.02	Remitir a MNSA la Evaluación de los criterios de Programación 2019-2020	Informe	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02	Coordinar la elaboración de Planes de Trabajo para el desarrollo del SGC	Informe	12	4	3	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	
AO.05.01.11.06.01.02.01	Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (RJ)	Informe	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.02	Plan Anual de Seguridad del Paciente 2020-2021(RJ)	Informe	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.03	Plan Anual de Autoevaluación 2020 (RJ)	Informe	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.04	Plan Anual de higiene de manos 2020 (RJ)	Informe	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.05	Plan del equipo conductor de la implementación de la lista de verificación de la cirugía segura (RJ)	Informe	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.06	Conformación del Equipo conductor para el fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (RJ)	Informe	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.07	Plan de Trabajo del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente Oncológico (RJ)	Informe	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.08	Conformación del Equipo de Técnico para la Mejora de la Atención a la Ciudadanía en el INEN	Informe	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AO.05.01.11.06.01.02.09	Implementación del Manual para la Mejora de la Atención a la Ciudadanía en el INEN	Informe	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	
AO.05.01.11.06.01.02.10	Proyectos de Mejora Continua remitido por los diferentes Departamentos del INEN	Informe	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	

XII. PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para la implementación del presente plan se financiará con recursos del Departamento de Normatividad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, según disponibilidad presupuestaria.





PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

### XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

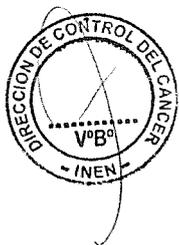
1. Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
2. Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan de Gestión de la Calidad en Salud”.
3. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
4. Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.

### XIV. ANEXO

Anexo N°01: Cronograma

Anexo N°02: Estructura del Informe Final de Auditoría (Auditoría Programada).

Anexo N°02: Estructura del Informe Final de Auditoría (Auditoría de Caso).





PERÚ

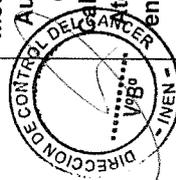
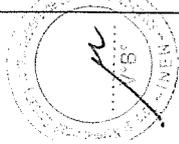
Sector Salud



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

ANEXO N°01: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	2020												RESPONSABLE			
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC				
Promover la mejora continua de los procesos de atención en los órganos y unidades orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas mediante la Auditoría de la calidad de atención en Salud.	1. Fortalecer las competencias de los Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.	Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud.	Plan elaborado	X														Departamento de Normatividad, Calidad y control Nacional de servicios oncológicos. (DNCC)	
		Aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud por Jefatura Institucional	Plan aprobado con resolución Jefatura (R.J.)	X														Jefatura Institucional	
		Socialización del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud a las Direcciones Generales	Plan socializado (página web)																Oficina de comunicaciones
		Programar y estimular la capacitación de los miembros del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.	Lista de asistencia de capacitación	X															Comité de Auditoría Médica Comité de Auditoría en Salud DNCC
		Reunión de auditores	Acta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría Médica Comité de Auditoría en Salud





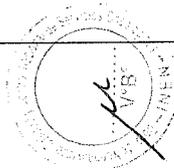
PERÚ

Sector Salud



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	2020												RESPONSABLE	
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
		Identificar los servicios que serán auditados.	Acta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría Médica Comité de Auditoría en Salud DNCC
		Programar Auditorías de la Calidad de Atención en Salud programadas en los Servicios, de manera inopinada.	Plan	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría Médica Comité de Auditoría en Salud DNCC
	2. Identificar no conformidades en los procesos de atención para la mejora continua.	Elaborar los documentos de trabajo (formatos, listas de chequeo y otros) para las auditorías programadas en los servicios.	Formatos elaboradoras	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DNCC
		Ejecución de Auditorías de caso, según demanda.	Informes de Auditoría de Caso														Comité de Auditoría Médica Comité de Auditoría en Salud
		Realizar la asistencia técnica para la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica	Acta		X		X				X			X		X	Comité de Auditoría Médica Comité de Auditoría en Salud DNCC
		Realizar la evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica	Informe / Acta						X							X	Comité de Auditoría en Salud





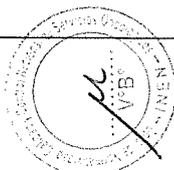
PERÚ

Sector Salud



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	2020												RESPONSABLE		
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
	3. Proponer acciones de mejora continua en los diferentes servicios del INEN	Realizar Informes de Auditoría de la Calidad programadas.	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría en Salud	
		Realizar Informes de Auditoría de caso.	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría Médica	
		Identificar oportunidades de mejora de las auditorías realizadas con el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad	Informe			X					X					X		DNCC
	4. Establecer un seguimiento de las recomendaciones brindadas a las diferentes unidades orgánicas, órganos.	Elaborar y mantener un registro de las recomendaciones formuladas en cada Informe de Auditoría.	Registro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DNCC	
		Verificar la implementación de las recomendaciones.	Memorando de seguimiento		X								X			X		DNCC
		Informar el seguimiento de las acciones correctivas formuladas de las recomendaciones de auditoría.	Informe			X			X						X			DNCC







PERÚ

Sector  
Salud

Instituto Nacional de  
Enfermedades Neoplásicas



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

**ANEXO N°02: ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA  
(AUDITORÍA PROGRAMADA).**

**MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD  
DE ATENCIÓN EN SALUD**

(Auditoría Programada)

Auditoría N° \_\_\_\_\_ -XXXXXX-20...

A : Director del Hospital

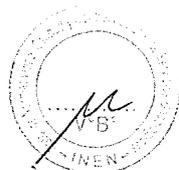
De : Equipo Auditor

Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud brindada al paciente XX N° XX  
historia clínica del servicio XX.

Referencia :

Fecha del Informe :

1. **ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar qué documento originó la realización de la auditoría.
3. **TIPO DE AUDITORÍA:** clasifica a la Auditoría según el numeral 5.5.
4. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (E) atención brindada al paciente XX, en el establecimiento XX del día/mes/año al día/mes/año)
5. **METODOLOGÍA:** Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.
6. **INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las atenciones 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.
7. **HALLAZGOS:** Se consignar las no conformidades identificadas en la Auditoría, 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.
  - Condición.
  - Criterio.
8. **CONCLUSIONES:** La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adaptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. **ANEXOS.**





PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”  
“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

ANEXO N°03: ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA  
(AUDITORÍA DE CASO).

MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

(Auditoría de Caso)

Auditoría N° \_\_\_\_\_ - 201\_\_\_\_\_

A : Director del Hospital  
De : Equipo Auditor  
Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso) brindada al paciente XX con N° XX historia clínica del servicio XX.  
Referencia :  
Fecha del Informe :

- ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo 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:** Auditoría de Caso.
- ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada al 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.
  - Análisis de la información disponible.
  - Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario).
  - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud identificando los hallazgos.
  - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (Eventos adversos graves).
- INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las 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 consignar las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustenta 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.
  - Condición.
  - Criterio.
 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; 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 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 casísticos.
- RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
- FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
- ANEXOS:** Se consignará la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13, de la presente NTS.

