



Nº 29 -2025 -DG-INSN

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 18 de Febrero de 2025

VISTO:

El Expediente con Registro Nº DG-002035-2025 que contiene el Memorando Nº 114-2025-OGC-INSN, con el cual se hace llegar el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025", remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título preliminar de la Ley Nº 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 y calidad;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 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 la Calidad en los procesos asistenciales y administrativos de atención al paciente en el Instituto Nacional de Salud del Niño;

Que, mediante Informe Nº 008-OEPE-INSN-2025, la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable a la propuesta del Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025"

Que, mediante Memorando Nº 114-2025-OGC-INSN, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025";

Que, con Memorando Nº 132-2025-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025", elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad, el mismo que cuenta con opinión favorable de la instancia respectiva y autoriza la emisión del acto resolutivo correspondiente;

Que, la propuesta del Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025", tiene como objetivo fortalecer la calidad de atención de los servicios ofertados mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, que contribuya al logro de la acreditación del instituto;

Con la visación de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Oficina de Asesoría Jurídica y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño; y,





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Instituto Nacional
de Salud del Niño

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial N° 083-2010/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025", que consta de (24) páginas.

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.

Artículo Tercero. - Dejar sin vigencia, lo establecido por la Resolución Directoral 052-2024-DG-INSN, que aprobaba el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2024"

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
M.C. CARLOS URBANO DURAND
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 18710 - R.N.E. 18686

CLUD/ REK
DISTRIBUCIÓN:

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



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DOCUMENTO TÉCNICO:

PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN 2025

Oficina de Gestión de la Calidad

Enero 2025



ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. FINALIDAD.....	2
III. OBJETIVOS.....	3
IV. BASE LEGAL.....	3
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
VI. ACTIVIDADES.....	4
VII. RECURSOS PARA SU EJECUCIÓN.....	6
VIII. RESPONSABILIDADES (3).....	7
IX. CRONOGRAMA.....	9
X. ANEXOS.....	14
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23



PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN 2025

I. INTRODUCCIÓN.

Siendo necesario brindar una atención de calidad capaz de contribuir a la disminución de la morbimortalidad infantil, así como a la reducción del grado de insatisfacción de los usuarios del sistema de salud, las quejas, denuncias, reclamos por presuntas negligencias, se requiere alinear la labor de la Auditoría en Calidad de Atención en Salud, con acciones preestablecidas a través de un plan de actividades que sea consecuente con las metas, objetivos y políticas institucionales.

De acuerdo a lo definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018, calidad de atención en salud representa el grado en el que un servicio de salud incrementa la probabilidad de obtener resultados deseados o esperados en relación a la atención de un usuario. Para lograr alcanzar su implementación, se requiere de toma de decisiones, de parte de los profesionales, basados en evidencia científica. (1)

Para alcanzar el llamado acceso universal a la atención en salud, se requiere que toda atención en salud cumple con las siguientes características: Sea **Efectiva** proveyendo atención y cuidados basados en evidencia a quienes lo requieran, sea **Segura**, para evitar generar daño en aquel que requiere ser atendido y finalmente **Centrada en la Persona**, ajustándose a preferencias y necesidades individuales. (2). Se requiere además el cumplimiento de regulaciones y dispositivos legales, que así lo aseguren..

La auditoría médica se considera una instancia por sobre todo educadora, cuya finalidad no tiene carácter punitivo y muy por el contrario busca aprendizaje continuo basado en experiencias positivas y negativas. Pretende de manera gradual introducir correcciones e ideas de mejora en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, familiares y de la institución. Asimismo, y concordancia con prácticas de calidad, identifica oportunidades de mejora para la atención de los pacientes, facilitando la implementación de medicina basada en evidencias (MBE), complementandose con uso de normas sanitarias, guías técnicas y de práctica clínica. Estas acciones permiten encauzar el manejo del paciente en marcos éticos, normativos y legales.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, el Plan Anual de Auditoría de Calidad de Atención hace posible que se intervenga en la evaluación de procesos asistenciales en la institución, asesorando a las instancias correspondientes con capacidad para toma de acciones correctivas y preventivas. Así mismo, los resultados obtenidos mediante la aplicación de métodos o instrumentos son reportados de manera mensual, trimestral o semestral a la Dirección General. El cumplimiento de estas recomendaciones traducirá la implementación de mejoras, permitirán una adecuada atención de calidad y que ésta sea sostenible en el tiempo.



El presente plan considera como base la **Resolución Ministerial 502-2016**, que establece la Norma Técnica 029 - MINSA/DIGEPRES V.02: “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”, para establecer sus lineamientos.

II. FINALIDAD

El presente documento, tiene por finalidad sistematizar, ordenar y programar las diversas actividades de auditoría realizadas para contribuir a mejorar la calidad de atención.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Lograr la mayor eficiencia y efectividad respecto a la prestación de salud en materia de calidad, vigilando que la atención brindada por los Servicios asistenciales del Instituto Nacional de Salud del Niño cumpla con los lineamientos en dicha materia, los cuales se encuentran establecidos por normativas internas y externas.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Establecer la Organización de los Comités de Auditoría de la Calidad (Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud), y sus actividades. Así como los instrumentos utilizados para medición de resultados, durante el periodo 2025.

3.2.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del comité de auditoría médica y de auditoría en salud del INSN.

3.2.3 Mejorar la calidad de registro en las historias clínicas, mediante el desarrollo de auditorías programadas y el monitoreo de reportes de los servicios.

3.2.4 Mejorar la calidad de atención en salud del INSN, mediante la evaluación continua del sistema de gestión de calidad.

3.2.5 Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de debilidades detectadas.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26482: 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 Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N°027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica para la Gestión de Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01: “ Norma Técnica en Salud de los Servicios de Emergencia”.
- Resolución Ministerial N°526-2006-SA/DM, que aprueba el Sistema en Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009-MINSA, que aprueba el Plan Nacional de Políticas de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°502-2016-MINSA, que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “ Norma Técnica en Salud de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento, tiene por ámbito de aplicación a las siguientes áreas del Instituto Nacional de Salud del Niño:

- Áreas Críticas: Unidad de Cuidados Intensivos, Intermedios y Emergencia
- Hospitalización
- Consulta Externa
- Servicios de Apoyo Al Diagnóstico
- Centro Quirúrgico y dependencias del mismo
- Departamento de Odontología Pediátrica

VI. ACTIVIDADES

6.1 Establecer la Organización de los Comités de Auditoría de la Calidad (Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud), y sus actividades. Así como los instrumentos utilizados para medición de resultados, durante el periodo 2025.

- Elaborar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Oficializar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.



- Socializar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a las Direcciones de Línea, Departamentos y Servicios del INSN.
- Conformación de los Comités de Auditoría de la Calidad: Comité de Auditoría Médica y Equipo Auditor Adscrito, Comité de Auditoría en Salud. Contar el respectivo registro de auditor. Actualizado y Aprobado con resolución directoral.
- Monitoreo de la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025.

6.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del comité de auditoría médica y de auditoría en salud del INSN, para el periodo 2025.

- Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités en Herramientas para Atención y Seguridad del Paciente.
- Actualización a los miembros del comité de Auditoría y Auditoría en Salud en la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica para la Gestión de Historia Clínica”.

6.3 Reforzar la calidad de registro en las historias clínicas, mediante el desarrollo de auditorías programadas y el monitoreo de reportes de los servicios.

- Realizar Auditorías de Calidad de Registro en Muestras Aleatorias de Historias Clínicas.
- Monitoreo de Autoevaluaciones de Calidad de Registro desarrollados por los Servicios del INSN.
- Ejecutar auditorías de registro para verificar uso correcto de Consentimientos Informados Diferenciados (De Docencia, Procedimientos y Hospitalización).
- Retroalimentar con los resultados de las Auditorías de Calidad de Registro a los Servicios involucrados con las evaluaciones.
- Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones derivadas de Auditoría de Calidad de Registro.

6.4 Mejorar la calidad de atención en salud del INSN, mediante la evaluación continua del sistema de gestión de calidad.

- Monitoreo de medición de adherencia a Guías Técnicas realizadas por Servicios Médicos y Quirúrgicos en áreas de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia del INSN
- Realizar evaluación de adherencia a Guías Técnicas en una muestra aleatoria de historias clínicas.
- Evaluar la correcta implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVSC), con auditoría concurrente.
- Ejecutar Auditorías de Calidad de Atención de acuerdo a requerimiento institucional.
- Realizar Auditorías de Caso de acuerdo a requerimiento institucional.



- Monitorizar y brindar apoyo técnico a los comités de Auditoría Médica y de Salud en relación a la elaboración de auditorías de calidad de atención y de caso.
- Retroalimentar con las recomendaciones de Auditorías de Calidad de Atención o de Caso a las instancias involucradas.
- Monitorizar periódicamente la implementación de recomendaciones de auditorías realizadas por comités en las áreas involucradas.

6.5 Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de debilidades detectadas.

- Capacitar a los profesionales asistenciales (médicos, cirujano dentistas, personal de enfermería) y a personal en formación (Médicos Residentes e Internos de Medicina), respecto a la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica para la Gestión de Historia Clínica”, enfatizando adecuado llenado de formatos.
- Ejecución de Conversatorios Clínico Patológicos.

VII. RECURSOS PARA SU EJECUCIÓN

7.1 Recursos Humanos

- Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Miembros de Comités de Auditoría Médica, Auditoría en Salud y Adscritos.

7.2 Recursos Materiales

- Papel Bond A4, para fotocopiado e impresión.
- Lapices 2B.
- Bolígrafos, colores Azul y Rojo.
- Tableros Acrílicos con Sujetador.
- Folder / Sobre Manila Tamaño Oficio/A4.
- Archivadores.
- Computadoras.
- Impresora Multifuncional Lexmark ® MX711de.
- Toner para Impresora Lexmark ® MX711de.
- Impresora HP® LaserJet 1022.
- Toner para Impresora HP® LaserJet 1022.

Otros

- Ambiente con equipo de cómputo y sala de reunión para Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.



7.3 Recursos Económicos

BIENES	TOTAL DE PRESUPUESTO**
Papel Bond A4 (2 millares)	S/. 200
Bolígrafos, colores Azul y Rojo (3 Cajas)	S/. 40
Lápices 2B (2 Cajas)	S/. 10
Tableros Acrílicos con Sujetador (4 U)	S/. 66
Folder A4 (200)	S/. 100
10 paq. Sobres Manila A-4	150.00
Archivadores (6)	S/. 150
TOTAL	S/. 566

**Este presupuesto está incluido en el Plan de la Oficina de Gestión de la Calidad.

VIII. RESPONSABILIDADES (3)

8.1 Del Director del INSN

- Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Designar a los comités de Auditoría Médica y Auditoría en Salud mediante resolución directoral.
- Otorgar los recursos adecuados para la operatividad de los comités de auditoría y de los equipos adscritos de acuerdo 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 06 horas semanales, pudiendo ser más si lo estima necesario según la NTS 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- Autorizar se proporcionen los recursos necesarios para la capacitación de los profesionales de la salud del INSN, en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, priorizándolos en el PDP institucional según los requerimientos del presidente del comité de Auditoría.
- Tomar conocimiento de los informes de los comités de auditoría, así como disponer de la implementación de recomendaciones y sus respectivos planes de mitigación de riesgo.



- Disponer la ejecución de las acciones preventivas y correctivas según corresponda derivadas de la auditoría, ante la no implementación de recomendaciones.

8.2 Del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC).

- Elevar el informe final de Auditoría al Director General 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 Médico Auditor de la OGC para:
 - Evaluar y Monitorear el Plan Anual de Auditoría
 - Analizar la calidad y contenido del Informe de Auditoría; especialmente lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas, en concordancia con los anexos 2 y 3, según corresponda de la NTS 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
 - Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el reporte de Auditoría de la Calidad de Atención programadas, así como las Auditorías de Caso, en acompañamiento a los comités.

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

- Presidir el Comité.
- Convocar a las reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de las auditorías.
- Asegurar que las Auditorías de Calidad de Atención en Salud, se realicen cumpliendo lo dispuesto en la NTS 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- Garantizar que los informes cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría, descritos en la NTS 029-MINSA/DIGEPRES-V.02.
- Presentar el informe final de Auditoría de Calidad de Atención a la OGC, quien a su vez lo elevará al Director General, para que dispongan de la implementación de las recomendaciones.
- Monitorear las actividades realizadas por los miembros del comité de auditoría bajo el marco normativo de la NTS 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 y el reglamento del comité de auditoría del INSN.

De los Miembros del Comité de Auditoría Médica y de Salud

- Participar del planeamiento, organización y ejecución de las auditorías y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría, Auditoría de Calidad y 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 y ejecución del informe final de auditoría.



IX. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PLAN ANUAL DE AUDITORÍA 2025									
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL ESPERADA	TRIMESTRE DE EJECUCIÓN PROYECTADO 2025				RESPONSABLE
					I	II	III	IV	
6.1 Establecer la Organización de los Comités de Auditoría de la Calidad (Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud), y sus actividades. Así como los instrumentos utilizados para medición de resultados, durante el periodo 2025.	Elaborar el Plan Anual de Auditoría	Plan Anual de Auditoría elaborado	1 Documento Técnico	1	X				OGC
	Oficializar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Plan con RD	Resolución Directoral	1	X				OGC
	Socializar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a las Direcciones de Línea, Departamentos y Servicios del INSN.	Correo institucional y Memorando de Socialización de Plan Anual de Auditoría	Correo institucional y/o Memorando	1	X				OGC
	Conformación de los Comités de Auditoría: Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud y Comité Adscrito al Comité de Auditoría en Salud	Comités de Auditoría conformados con RD	Resolución Directoral	1	X				OGC



	Monitoreo de la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025.	Porcentaje de Informes Emitidos	Informe Semestral (Avances en la Implementación del Plan Anual de Auditoría)	2		X		X	OGC
6.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del comité de auditoría médica y de auditoría en salud del INSN, para el periodo 2025.	Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités en Herramientas para Atención y Seguridad del Paciente	Número de Informes Emitidos	Informe de Ejecución de Capacitación	1				X	OGC/ Of. Personal
	Actualización a los miembros del comité de Auditoría y Auditoría en Salud en la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/DGAIN : "Norma Técnica para la Gestión de Historia Clínica".	Número de Informes Emitidos	Informe de Ejecución de Capacitación	1			X		OGC/ Of. Personal
6.3 Reforzar la calidad de registro en las historias clínicas, mediante el desarrollo de auditorías programadas y el monitoreo de reportes de los servicios.	Realizar Auditorías de Registro en una muestra aleatoria de Historias Clínicas	Número de Informes Emitidos	Informe	8	X	X	X	X	OGC
	Monitoreo de Autoevaluaciones de Calidad de Registro desarrollados por los servicios del INSN.	Número de Informes Emitidos	Informe de Consolidado Trimestral - Semestral	4	X	X	X	X	OGC
	Ejecutar auditorías de registro para verificar uso correcto de Consentimientos Informados Diferenciados.	Número de Informes Emitidos	Informe	4	X	X	X	X	OGC



	Retroalimentar con los resultados de las Auditorías de Calidad de Registro a los servicios involucrados con las evaluaciones.	Número de memorando emitidos a los servicios involucrados	Memorando / Memorando Circular	8	X	X	X	X	OGC
	Monitoreo periodico del cumplimiento de las auditorias de registro realizadas	Número de memorando de seguimiento emitidos	Memorando / Memorando Circular	8	X	X	X	X	OGC
	Informe consolidado trimestral de auditorías realizadas (evaluación de calidad de registros, auditorías de la calidad de atención en salud, auditorias de caso)	Número de Informes Emitidos	Informe	4	X	X	X	X	OGC
6,4 Mejorar la calidad de atención en salud del INSN, mediante la evaluación continua del sistema de gestión de calidad.	Monitoreo de medición de adherencia a Guías Técnicas realizadas por Servicios Médicos y Quirúrgicos en áreas de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia del INSN	Número de Informes Emitidos	Informe	4	X	X	X	X	OGC
	Realizar evaluación de adherencia a Guías Técnicas en una muestra aleatoria de historias clínicas.	Número de Informes Emitidos	Informe	8	X	X	X	X	OGC
	Evaluar la correcta implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVSC)	Número de Informes Emitidos	Informe	2		X		X	OGC
	*** Ejecutar Auditorías de Calidad de Atención de acuerdo a requerimiento	Número de Informes Emitidos	Informe	*** Dependiente de número de auditorías realizadas					Comité de Auditoría Médica / Comité de Auditoría en



	institucional.								Salud
	*** Realizar Auditorías de Caso de acuerdo a requerimiento institucional.	Número de Informes de Resumen Emitidos	Informe	*** Dependiente de número de auditorías realizadas					Comité de Auditoría Médica / Comité de Auditoría en Salud
	Monitoreo y Apoyo Técnico a los Comités de Auditoría en relación a las Auditorías de Calidad de Atención y Auditorías de Caso Realizadas	Número de Informes de Resumen de asesorías a comités	Informe	4	X	X	X	X	OGC
	*** Retroalimentar con los resultados de la Auditoría de Calidad de atención a los usuarios internos involucrados	Número de informes emitidos con memorandos a los servicios involucrados	Memorando	*** Dependiente de número de auditorías realizadas					OGC
	Monitorizar periódicamente la implementación de recomendaciones de auditorías realizadas por comités en las áreas involucradas.	Número de Informes Emitidos con memorandos a los servicios involucrados	Número de Informes Emitidos	4	X	X	X	X	OGC
6,5 Impulsar procesos de mejora de calidad de atención a partir de debilidades detectadas	Capacitar a los profesionales asistenciales (médicos, cirujano dentistas, personal de enfermería) y a personal en formación (Médicos Residentes e Internos de Medicina), respecto a la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/DGAIN : "Norma Técnica para la	Número de participantes en la capacitación	Informe	2	X		X		OGC / OEAIDE



	Gestión de Historia Clínica”,enfazizando adecuado llenado de formatos.								
	Conversatorios Clínico Patológicos	Número de conversatorios realizados	Informe	6		X		X	OGC/ Comité de Auditoría Médica





X. ANEXOS

10.1 Lista de Verificación de Adherencia a Guías Técnicas / Guías de Práctica Clínica INSN



**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.



10.2 Matriz Monitoreo de Plan Auditoria Anual 2025

MATRIZ DE MONITOREO PLAN ANUAL DE AUDITORÍA 2025											
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL ESPERADA	META ANUAL EJECUTADA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	TRIMESTRE DE EJECUCIÓN 2025				RESPONSABLE
							I	II	III	IV	
6.1 Establecer la Organización de los Comités de Auditoría de la Calidad (Comité de Auditoría Médica, Comité de Auditoría en Salud), y sus actividades. Así como los instrumentos utilizados para medición de resultados, durante el periodo 2025.	Elaborar el Plan Anual de Auditoría	Informe del Plan Anual de Auditoría	Plan Anual de Auditoría	1							OGC
	Oficializar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Plan con RD	Resolución Directoral	1							OGC
	Socializar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a las Direcciones de Línea, Departamentos y Servicios del INSN.	Memorando de Socialización de Plan Anual de Auditoría	Memorando	1							OGC
	Conformación de los Comités de Auditoría de Calidad: Comité de Auditoría Médica, Equipo Auditor Adscrito y Comité de Auditoría en Salud y Adscrito Actualizado y Aprobados con RD	Lista del Comité de Auditoría con RD	Resolución Directoral	1							OGC



	Monitoreo de la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025.	Número de Informes Emitidos	Informe Semestral (Avances en la Implementación del Plan Anual de Auditoría)	2							OGC
6.2 Fortalecer las competencias de los integrantes del comité de auditoría médica y de auditoría en salud del INSN, para el periodo 2025.	Capacitación y Actualización a los Miembros de los Comités en Herramientas para Atención y Seguridad del Paciente	Número de Informes Emitidos	Informe de Ejecución de Capacitación	1							OGC/ Of. Personal
	Actualización a los miembros del comité de Auditoría y Auditoría en Salud en la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/D GAIN: "Norma Técnica para la Gestión de Historia Clínica".	Número de Informes Emitidos	Informe de Ejecución de Capacitación	1							OGC/ Of. Personal
6.3 Reforzar la calidad de registro en las historias clínicas, mediante el desarrollo de auditorías programadas y el monitoreo de reportes de los servicios.	Realizar Auditorías de Registro en una muestra aleatoria de Historias Clínicas	Número de Informes Emitidos	Informe	8							OGC
	Monitoreo de Autoevaluaciones de Calidad de Registro desarrollados por los servicios del	Número de Informes Emitidos	Informe de Consolidado Trimestral - Semestral	4							OGC



	INSN.										
	Ejecutar auditorías de registro para verificar uso correcto de Consentimientos Informados Diferenciados.	Número de Informes Emitidos	Informe	4							OGC
	Retroalimentar con los resultados de las Auditorías de Calidad de Registro a los servicios involucrados con las evaluaciones.	Número de memorando emitidos a los servicios involucrados	Memorando / Memorando Circular	8							OGC
	Monitoreo periódico del cumplimiento de las auditorías de registro realizadas	Número de memorando de seguimiento emitidos	Memorando / Memorando Circular	8							OGC
	Informe consolidado trimestral de auditorías realizadas (evaluación de calidad de registros, auditorías de la calidad de atención en salud, auditorías de caso)	Número de Informes Emitidos	Informe	4							OGC
6,4 Mejorar la calidad de atención en salud del INSN, mediante la evaluación continua del sistema de	Monitoreo de medición de adherencia a Guías Técnicas realizadas por Servicios Médicos y Quirúrgicos en áreas de	Número de Informes Emitidos	Informe	4							OGC



gestión de calidad.	Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia del INSN										
	Realizar evaluación de adherencia a Guías Técnicas en una muestra aleatoria de historias clínicas.	Número de Informes Emitidos	Informe	8							OGC
	Evaluar la correcta implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVSC)	Número de Informes Emitidos	Informe	2							OGC
	*** Ejecutar Auditorías de Calidad de Atención de acuerdo a requerimiento institucional.	Número de Informes Emitidos	Informe	*** Dependiente de número de auditorías realizadas							Comite de Auditoria Médica / Comité de Auditoria en Salud
	*** Realizar Auditorías de Caso de acuerdo a requerimiento institucional.	Número de Informes de Resumen Emitidos	Informe	*** Dependiente de número de auditorías realizadas							Comite de Auditoria Médica / Comité de Auditoria en Salud
	Monitoreo y Apoyo Técnico a los Comités de Auditoría en relación a las Auditorías de Calidad de Atención y Auditorías de Caso Realizadas	Número de Informes de Resumen de asesorías a comités	Informe	4							OGC



	*** Retroalimentar con los resultados de la Auditoría de Calidad de atención a los usuarios internos involucrados	Número de informes emitidos con memorandos a los servicios involucrados	Memorando	*** Dependiente de número de auditorías realizadas							OGC
	Monitorizar periódicamente la implementación de recomendaciones de auditorías realizadas por comités en las áreas involucradas.	Número de Informes Emitidos con memorandos a los servicios involucrados	Número de Informes Emitidos	4							OGC
6,5 Impulsar procesos de mejora de calidad de atención a partir de debilidades detectadas	Capacitar a los profesionales asistenciales (médicos, cirujano dentistas, personal de enfermería) y a personal en formación (Médicos Residentes e Internos de Medicina), respecto a la Norma Técnica en Salud N° 139/MINSA/2018/D GAIN: "Norma Técnica para la Gestión de Historia Clínica", enfatizando adecuado llenado de formatos.	Número de participantes en la capacitación	Informe	2							OGC / OEAIDE
	Conversatorios Clínico Patológicos	Número de conversatorios realizados	Informe	6							OGC/ Comité de Auditoría Médica



10.3 Matriz de Seguimiento de Recomendaciones CAM/CAS

AUDITORÍA	FECHA DE ENTREGA DE AUDITORÍA A OGC	FECHA DE ENVÍO DE RECOMENDACIONES	DIF. ENTREGA AUDITORÍAS/ENVÍO DE RECOMENDACIONES (DÍAS)	RECOMENDACIONES	Nº RECOMENDACIONES PROPUESTAS	Nº RECOMENDACIONES IMPLEMENTADAS	% DE CUMPLIMIENTO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Quality of Care [Internet] . Consultado: 16 de Enero de 2024. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
2. Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/>.
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica en Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 “ Norma Técnica en Salud de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”. Lima - Perú. 2016.